



Universidad del Aconcagua

Facultad de Psicología

Mendoza, Argentina

2016

Tesis de Licenciatura en Psicología

“Estrés y apoyo social
prenatal y ansiedad
posparto. Un estudio
descriptivo en una muestra
de mujeres mendocinas”

Directora: Dra. Mirta Ison

Co-directora: Lic. Adriana Espósito

Alumna: Daniela Fernanda Gonzalez

Tel: (0261) 4274691 / 153012216

E-mail: danielagonzalez1992@gmail.com

HOJA DE EVALUACIÓN

Tribunal:

❖ **Presidente:**

❖ **Vocal:**

❖ **Vocal:**

❖ **Profesores invitados:**

Nota:

ÍNDICE

Carátula	1
Título	2
Hoja de evaluación	3
Índice	4
Resumen	8
Abstract	9
Agradecimientos	10
Introducción	11
Primera parte: Marco teórico	13
Capítulo 1: Embarazo	14
1. Introducción	15
2. Aspectos psicológicos del embarazo	16
3. Aspectos fisiológicos del embarazo	18
3.1. Actitud y marcha	18
3.2. Peso corporal	18
3.3. Temperatura basal	19
3.4. Sangre	19
3.5. Piel	19
3.6. Músculos	20
3.7. Articulaciones	20
3.8. Aparato cardiovascular	20
3.9. Aparato respiratorio	20
3.10. Aparato Urinario	21

3.11. Aparato digestivo	22
3.12. Sistema nervioso	22
3.13. Órganos de los sentidos	22
3.14. Sistema endocrino	23
3.15. Modificaciones locales	23
4. Conclusiones	24
Capítulo 2: Estrés	25
1. Introducción	26
2. Interacción evento-persona	27
3. Respuesta psicológica y fisiológica del estrés	29
4. Estrés prenatal	33
5. Conclusiones	35
Capítulo 3: Apoyo social	36
1. Introducción	37
2. Apoyo social como factor protector	39
3. Apoyo social durante el embarazo	41
4. Conclusiones	44
Capítulo 4: Ansiedad	45
1. Introducción	46
2. Ansiedad y patología	47
3. Ansiedad-estado	51
4. Ansiedad posparto	53
4.1. Puerperio	53
4.2. Ansiedad durante el puerperio	53
5. Conclusiones	55
Segunda parte: Metodología	57

Capítulo 1: Método y procedimiento	58
1. Introducción	59
2. Preguntas y objetivos	59
2.1. Preguntas de investigación	59
2.2. Objetivos de investigación	60
2.2.1. Objetivo general	60
2.2.2. Objetivos específicos	60
3. Método	60
3.1. Enfoque	60
3.2. Tipo de estudio	61
3.3. Diseño de investigación	61
3.4. Selección de la muestra	61
4. Instrumentos	61
4.1. Escala de factores demográficos y socioeconómicos	62
4.2. Inventario de eventos estresantes	63
4.3. Inventario de interacción y apoyo social	63
4.4. STAI	63
4.5. Formulario de datos médicos	64
4.6. IBM SPSS Statistics 20	64
5. Procedimiento	65
5.1. Autorización de seguros	65
5.2. Trabajo en las instituciones	65
5.3. Confección de la base de datos	65
6. Análisis de datos	67
Capítulo 2: Presentación y discusión de resultados	68
1. Introducción	69

2. Presentación de resultados	69
2.1. Características personales de las participantes	69
2.2. Características demográficas y socioeconómicas	75
2.3. Características del parto y del neonato	81
2.4. Descripción de los eventos estresantes y grado de estrés vivenciado durante el embarazo	86
2.5. Descripción del apoyo social percibido por las madres durante el embarazo	90
2.6. Descripción del Estado-Ansiedad de las madres 48 horas después del parto	92
3. Discusión de resultados	96
4. Conclusiones y propuestas	114
Tercera parte: Bibliografía y anexos	117
1. Bibliografía	118
2. Anexos	134

RESUMEN

Embarazo y puerperio son etapas que suponen un importante giro en la vida de una mujer, ya que se suceden múltiples cambios que pueden ocasionar que sea más vulnerable a desarrollar desde variaciones en su estado emocional hasta sintomatología psicológica. A esto se le suman aquellos factores estresantes o ansiógenos provenientes del ambiente que, pueden afectar el bienestar de la mujer en dichas etapas. Esto influye en el desarrollo del niño acarreando consecuencias negativas inmediatas y disminuyendo la calidad de su futura vida. Frente a ello, encontramos como factor protector el apoyo social que la madre percibe, el cual genera sentimientos de bienestar que disminuyen la angustia provocada por las situaciones estresantes. Es por ello que este estudio plantea los siguientes objetivos: caracterizar la muestra de participantes atendiendo a variables personales y contextuales; describir el tipo y frecuencia de aparición de eventos estresantes que vivencian las mujeres durante su embarazo, así como también el grado de estrés que los mismos generan; describir el grado de apoyo social percibido por estas mujeres durante su embarazo y describir el estado-ansiedad que presentan a las 48 horas posteriores al parto. Los instrumentos utilizados fueron: Escala de factores demográficos y socioeconómicos; Formulario de datos médicos; Inventario de eventos estresantes; Inventario de interacción y apoyo social y el Inventario de Ansiedad-Estado Rasgo. La muestra estuvo conformada por 103 mujeres puérperas; de las cuales 30 fueron atendidas en el Hospital Español (hospital privado) y 73, en el Hospital Lagomaggiore (hospital público). Entre los resultados se encontró que en general estas madres, durante su embarazo vivenciaron un nivel medio de estrés, percibieron que solo “a veces” se sintieron apoyadas y vivenciaron un nivel de ansiedad-estado medio durante el puerperio inmediato.

ABSTRACT

Pregnancy and puerperium are phases that represent an important turning point in the life of a woman. They involve many changes that can cause she become more vulnerable to develop changes in their emotional state or psychological symptoms. To this we add those stressors from the environment that may affect the welfare of women in those stages. This influences the development of children carrying immediate negative consequences and decreasing the quality of their future life. Fortunately, we find as a protective the factor the social support that the mother perceives, which generates feelings of well-being that diminish the distress caused by stressful situations. So ,this study pursues the following objectives: to characterize the sample of participants attending to personal and contextual variables; describe the type and frequency of stressful events that suffer women during pregnancy, as well as the degree of stress they generate; describe the degree of social support perceived by these women during pregnancy and describe the state-anxiety present at 48 hours after delivery. The instruments of this study were: Scale of demographic and socioeconomic factors; Form medical data; Inventory of stressful events; Inventory of interaction and social support and State-Trait Anxiety Inventory. The sample was integrated by 103 postpartum women. 30 participants were treated at Hospital Español (private hospital) and 73, in Hospital Lagomaggiore (public hospital). The results we found suggest these mothers, during pregnancy suffered an average stress level, perceived that only "sometimes" felt supported and suffered a moderate level of anxiety-state during the immediate postpartum period.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar quiero agradecer a Dios por darme la oportunidad y capacidad para estudiar aquello que me apasiona.

Quiero agradecerles a mis padres, Carlos y Olga por apoyarme y bríndame ayuda en todo momento, sin ellos cumplir este sueño no hubiese sido posible.

A Nicolás, mi gran amor y compañero que siempre estuvo a mi lado alentándome y ayudándome a crecer cada día un poco más.

A mi abuela Lila, por alentarme siempre, acompañarme y enorgullecerse con cada uno de mis logros.

A mis leales amigos, compañeros y futuros colegas, Agustín y Macarena por transitar este camino a mi lado, por animarme y enriquecer con sus risas y cariño cada momento de este sueño.

A Mirta Ison, Adriana Espósito, Celina Korzeñiowski, Mariana Torrecilla y otros profesionales investigadores que lograron contagiarme su amor por la ciencia y la investigación y me dieron la oportunidad de realizar este estudio confiando en mí y guiándome durante este aprendizaje.

A todos mis profesores y compañeros ya que, de cada uno me llevo valiosos aprendizajes que me ayudan a crecer en lo personal y en lo profesional.

A la Facultad de Psicología de la Universidad del Aconcagua como institución, por brindarme un lugar en el cual formarme y otorgarme los conocimientos que pronto me permitirán ejercer como profesional de la psicología.

**“Si quieres ir rápido camina solo, si quieres llegar lejos
ve acompañado”**

Proverbio africano

INTRODUCCIÓN

Si bien el estrés y la ansiedad son respuestas naturales y funcionales del ser humano frente a situaciones de peligro, cuando las mismas se vuelven exageradas, ya sea en calidad o duración, pueden perjudicar significativamente la salud integral de las personas (Zambrano García, 2006; Tonarelli, 2009).

Estos efectos perjudiciales se tornan aún más preocupantes cuando se producen durante el periodo gestacional ya que no solo ponen en riesgo la salud de la madre, sino también la del feto. Este último es especialmente vulnerable a los efectos del estrés ya que todos sus sistemas se encuentran en formación requiriendo una alta tasa de división celular. De esta forma, el desarrollo normal de los mismos podría verse afectado dando como resultando un organismo susceptible a futuras condiciones adversas durante la vida postnatal (Gómez López, Aldana Calva, Carreño Meléndez y Sánchez Bravo, 2006).

Así mismo encontramos que, después del parto pueden surgir en las madres estados de ansiedad debido al descenso brusco de las hormonas sexuales (Sastre Miras, 2015), el tiempo insuficiente con el que se cuenta para el correcto cuidado del bebé y el de sí misma (Curioso Chávez, 2013), la pérdida de autonomía y la aceptación del nuevo rol, las dudas respecto a la sexualidad, la preocupación por el descanso y por la recuperación física, preocupación por el llanto, y posibles problemas de salud del niño, el peso del recién nacido, la cura de cordón umbilical y la lactancia (respecto a los horarios y la sensación de hipogalactia) (Pinda Villa, 2013). Además, la situación de internación trae aparejada una serie de factores: la ubicación en un medio desconocido, entre personas extrañas que deben atender a la puérpera o que comparten con ella la habitación y los cuidados especiales impuestos por la asepsia (Soifer, 1973).

Esta ansiedad puede llegar a inhibir la producción de la hormona prolactina, incrementando los niveles de cortisol en sangre, lo que entorpece la lactancia materna (Gorrita Pérez, Bárcenas Belló, Gorrita Pérez y Brito Herreral, 2013) y afecta considerablemente el óptimo desarrollo del vínculo madre-hijo (Rodrigues, Pérez-López y Brito de la Nuez, 2004).

Sin embargo, encontramos un factor protector frente al estrés y la ansiedad, antes, durante y después del parto: el apoyo social efectivo. El mismo hace referencia a la acción voluntaria de una persona hacia otra que conduce a una respuesta positiva, que puede provenir de diversas fuentes (familia, conyugue, amigos, comunidad, etc.) y que puede darse de diversas formas (psicológica, verbal, emocional, ayuda financiera, etc.) (Abdollahpour, Ramezani y Khosravi, 2015). Se trata de una dimensión interpersonal con un significativo valor como fuente de salud, ajuste y felicidad para las personas, y que también es un importante factor de cara a la disminución de la ansiedad y el estrés (López Verdugo et al, 2007).

Por lo tanto, el presente estudio se abocará a describir el grado de estrés y apoyo social percibido por las mujeres durante su embarazo, así como su nivel de ansiedad estado 48 horas después de haber dado a luz. Se espera que, de esta forma, se pueda contribuir a un mayor conocimiento de estos factores que sin duda afectan de forma considerable la salud, tanto de la mujer embarazada como la del niño por nacer.

Se pretende generar consciencia de los efectos perjudiciales del estrés y la ansiedad y promover acciones orientadas a su disminución, así como también proporcionar datos que permitan optimizar los efectos positivos que el apoyo social tiene en la salud de estas mujeres y sus hijos.



“Es importante cuidar y proteger el estado emocional de las mujeres embarazadas, puesto que ellas están gestando las generaciones futuras, y de su bienestar y equilibrio emocional, depende la salud física y emocional de esas criaturas por nacer”.

Michel Odent

PRIMERA

PARTE:

Marco

Teórico

Capítulo 1:

Embarazo

1. Introducción

La Real Academia Española (R.A.E.) define al término “embarazo” como un estado en el que se halla la mujer gestante. Por su parte, el Diccionario Enciclopédico Marred 3 (1998) lo describe como el periodo que transcurre entre la fecundación del óvulo por el espermatozoide y el parto, que dura aproximadamente 280 días. Mientras que la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) afirma que es un periodo de nueve meses durante los cuales el feto se desarrolla en el útero de la mujer siendo para la mayoría de las mujeres un período de gran felicidad, a pesar de sus diversos riesgos sanitarios.

Como es posible observar, dichas definiciones no son capaces de reflejar la complejidad de este fenómeno. El mismo se encuentra determinado por factores biológicos, sociales, psíquicos y espirituales tanto de la mujer, el hombre y el niño por nacer, al igual que el contexto en el que estos se encuentran.

Por lo tanto resulta indispensable el estudio de estos factores para poder comprender su influencia en el proceso de embarazo y de esta forma llevar a cabo acciones que permitan prevenir posibles resultados desfavorables.

También es importante tener en cuenta las otras definiciones que la R.A.E. da del término “embarazo”:

1. m. Impedimento, dificultad, obstáculo.
2. m. Encogimiento o falta de soltura en los modales o en la acción.

Las mismas hacen referencia a características de conflicto, incomodidad y limitaciones, en resumen, a situaciones problemáticas a las que la persona debe adaptarse.

Si bien la gestación es un periodo que por lo general es vivido con dicha por parte de la pareja o familia, éste proceso conlleva una serie de cambios: se modifica el cuerpo de la mujer a la vez que surgen diferentes pensamientos, miedos y fantasías y el sistema familiar debe preparar un espacio tanto físico

como psíquico para el nuevo integrante. A esto se le deben sumar las dificultades diarias de la vida cotidiana y las posibles eventualidades que pueden poner en riesgo el embarazo.

Por todo ello es válido afirmar que el embarazo es, como todo cambio, un proceso que requiere inherentemente de la adaptación del sistema familiar pero que a su vez puede ser vivido con gran alegría.

2. Aspectos psicológicos del embarazo

La paternidad es uno de los eventos más importantes en la vida de la pareja, sobre todo para la mujer ya que, dadas sus características propias, podría considerarse que produce una alteración psicológica transitoria en la mujer y pone en juego su capacidad de adaptación a esta nueva situación (Gómez López, Aldana Calva, Carreño Meléndez y Sánchez Bravo, 2006).

Durante los nueve meses de gestación, la pareja deberá prepararse para la llegada del bebé, lo que hace necesario que a lo largo de este periodo los nuevos padres lleven a cabo un proceso de adaptación. Maldonado-Durán, Buceda-García y Lartigue (2008) toman a Dayan, Andro y Dugnat (1999) para describir tres etapas de la adaptación psicológica que realiza una mujer embarazada:

“La primera es: “estoy embarazada”, lo que sólo le pasa a ella y a su cuerpo; la segunda es: “estoy esperando un bebé”, lo que incluye a otro ser distinto de ella y que por ahora está dentro de su cuerpo; y, la tercera es: “estoy esperando un bebé de...”, lo que incluye, además del bebé, al padre de éste, lo que da lugar al surgimiento de la noción de paternidad” (p. 8).

Toda esta serie de complejos cambios hacen propensa a la pareja y sobre todo a la mujer, a necesitar mayor apoyo de quienes la rodean, para brindarle mayor seguridad y confort durante este periodo (Maldonado-Durán, Baucedo-García y Lartigue, 2008)

Entonces podemos acordar con estos autores que, en la vida intrauterina, el feto está inmerso no solo en el líquido amniótico, sino también en un “recipiente emocional” de la mente de sus padres, el cuál puede ser más o menos favorable para un desarrollo saludable. Por lo tanto, en el presente trabajo se concuerda con la propuesta de la Organización Mundial de la Salud respecto a que salud mental y salud reproductiva se encuentran intrínsecamente relacionadas.

Así, muchas mujeres que transitan durante este proceso pueden plantearse: “¿Cuál es el efecto que mis usos y hábitos actuales ejercen sobre el niño? (Atkins, 1986). Podemos afirmar que existen ciertos factores que, durante el embarazo, pueden generar modificaciones en el organismo de la mujer y perjudicar o no el desarrollo del niño.

Se ha comprobado que uno de estos factores es la atención médica prenatal ya que permite detectar defectos y enfermedades tratables al igual que problemas graves que requieran intervenciones inmediatas (Papalia, Olds y Feldman, 2005). Estos mismos autores proponen otros factores importantes que pueden afectar el bienestar del feto, conocidos como *factores teratógenicos*. Entre los más destacados encontramos: la nutrición materna, la actividad física, el estado de ánimo de la madre, el consumo de sustancias psicoactivas, las enfermedades maternas, la edad de la madre y otros riesgos externos como lo podría ser la exposición a la radiación.

Entonces es esperable que surjan dudas y miedos en la futura madre. Además la espera de algo siempre nos produce una cierta tensión emocional y un estado de alerta que impide la completa relajación (Sebastiani, 2005). Por ello, es indispensable acompañar, desde las políticas de salud, a las futuras madres durante en este proceso para poder garantizar la calidad de vida de todo

el sistema familiar. *Calidad de vida*, específicamente durante el embarazo es el esfuerzo para que el proceso de gestación, el trabajo de parto y la transición a la maternidad supongan la menor alteración posible en la autonomía real de las mujeres y entrañe las menores variaciones en sus vidas habituales (Guarino, Scremín y Borrás, 2013).

3. Aspectos fisiológicos del embarazo

Con la fecundación del óvulo por el espermatozoide comienza el periodo de gestación y con ello un profundo proceso de cambio en la mujer embarazada. Los cambios anatómicos y funcionales que afectan a casi todos los órganos y sistemas maternos durante este proceso se denominan *modificaciones fisiogravídicas* (Nassif, 2012). Durante este capítulo se explicará brevemente los principales cambios causados por el embarazo en los distintos sistemas y órganos de la mujer gestante.

3.1. Actitud y marcha

Con el avance del embarazo comienza a modificarse el centro de gravedad de la mujer embarazada, por lo cual se ve obligada a proyectar la cabeza y el tronco hacia atrás. Además, su marcha se torna más lenta, pesada y balanceada (Schwarcz, Duverges, Díaz, Fascina, 1997).

3.2. Peso corporal

Durante todo el embarazo la mujer aumentaría aproximadamente el 20% de su peso corporal. Más de la mitad de este aumento se debe a la retención de líquidos (Nassif, 2012). Sin embargo, si se presentan náuseas y vómitos es posible que se registre un adelgazamiento (Schwarcz et al, 1997). Del total de este aumento, alrededor del 27% corresponde al crecimiento fetal, el 6% al

líquido amniótico y el 5% a la placenta. El resto corresponde al incremento del tejido materno en útero, mamas, tejido adiposo, volumen sanguíneo y líquido extracelular (Purizaca, 2010).

3. 3. Temperatura basal

Desde el comienzo del embarazo se registra un aumento de la temperatura basal de la mujer que puede variar entre 0,3 y 0,6 °C, situación que se normaliza luego del primer trimestre (Nassif, 2012).

3. 4. Sangre

El volumen de la sangre circulante aumenta un 38% hasta la 34^a semana de gestación y luego comienza a declinar paulatinamente hasta el parto (Cingolani, Houssay y col. 2011).

3. 5. Piel

Se presenta una hiperpigmentación de la piel (sobre todo en las mujeres morenas). Este fenómeno es más notorio en el rostro, en las mamas (alrededor del pezón), en las cicatrices, en la línea media abdominal y en los órganos genitales externos (Nassif, 2012).

También puede aparecer mucha picazón llamado *prurito*. El mismo puede ser localizado o generalizado, y aumenta conforme avanza el embarazo. Aparecen además, estrías, sobre todo en la zona abdominal, debiéndose tanto al estiramiento de la piel como a condiciones hormonales (Purizaca, 2010).

3. 6. Músculos

Se observa hipertrofia (aumento excesivo del volumen de un órgano) e hiperplasia (excesiva multiplicación de células normales en un órgano o tejido), sobre todo en los sistemas del dorso y del abdomen (Schwarcz et al, 1997).

3. 7. Articulaciones

Hay mayor movilidad en las articulaciones, sobre todo en sínfisis pubiana y articulaciones sacroilíacas, columnas y miembros inferiores, lo que facilita el movimiento de la pelvis durante el parto (Nassif, 2012).

3. 8. Aparato cardiovascular

El tamaño del corazón aumenta entre la 14ª y la 36ª semana. También aumenta el volumen minuto cardíaco y la frecuencia cardíaca llega a 85 lat/min. (Cingolani, Houssay y col. 2011). Además la oferta de oxígeno es mayor que el aumento de su consumo, es decir, se produce una *diferencia arteriovenosa de oxígeno* (Nassif, 2012). El gasto cardíaco se incrementa hasta un 50% en comparación con la mujer no gestante (Purizaca, 2010).

Por otro lado, con el aumento del tamaño del feto se produce una elevación progresiva del diafragma, que rota y desplaza el corazón hacia arriba y a la izquierda. El útero comprime la vena cava inferior dificultando el retorno venoso de la mitad inferior del cuerpo y además comprime la aorta abdominal aminorando la presión arterial por debajo del sitio de compresión (Tejada Pérez, Cohen, Font Arreaza, Bermúdez, Schuitemaker Requena, 2007).

3. 9. Aparato respiratorio

Durante la gestación aumenta el consumo de oxígeno en un 20%, aunque proporcionalmente es menor que el aumento de su oferta (65%). Es así que se

produce una hiperventilación considerable que muchas veces hace que la mujer tome conciencia de la necesidad de respirar. A este fenómeno se lo denomina *seudodisnea* (Schwarcz et al, 1997). Sin embargo, este incremento se debe al ascenso del volumen de aire corriente ya que la frecuencia respiratoria no se modifica (Cingolani, Houssay y col. 2011).

Además, la anatomía de este sistema también se modifica disminuyendo la movilidad del tórax: el diámetro vertical interno de la caja torácica sufre una disminución de hasta 4 cm, debido a la elevación del diafragma por el útero. Pero los ejes transversal y antero-posterior incrementan la circunferencia torácica en unos 6 cm, aproximadamente; por lo que las costillas desde el primer trimestre se posicionan más horizontales (Tejada Pérez et al, 2007).

3. 10. Aparato urinario

Durante este periodo los riñones se encuentran considerablemente congestionados, aumentando su tamaño y su contenido graso. Se observa un aumento del flujo sanguíneo y del flujo plasmático renal. Por otro lado, la reabsorción de sodio, agua y glucosa aumenta. Sin embargo la función renal en general varía con la posición corporal de la mujer (Nassif, 2012).

Por su parte, en la vejiga, se observa una elongación y ensanchamiento de la base del triángulo (espacio o cavidad anatómica de forma triangular) (Schwarcz et al, 1997).

Los uréteres sufren dilatación, acodaduras y desplazamientos laterales. El útero puede comprimirlos contra el estrecho superior de la pelvis (Nasiif, 2012).

Finalmente, respecto a la orina, se puede observar que la diuresis (secreción de orina) disminuye progresivamente a lo largo del embarazo. Existe un aumento de diuresis nocturna respecto a la diuresis diurna, pero esto dependerá en gran medida de la posición corporal de la mujer (Schwarcz et al, 1997).

3.11. Aparato digestivo

Disminuye la secreción gástrica en general. También se reduce el tono y la motilidad del estómago (Cingolani, Houssay y col. 2011). Además, se produce retraso en el vaciamiento gástrico y, en el intestino, una mayor absorción, debido a la lentitud en el tránsito intestinal (Purizaca, 2010). Este último es rechazado hacia arriba y hacia la izquierda por el útero. Es frecuente la aparición de hemorroides y de constipación.

También suelen presentarse náuseas y vómitos al inicio del embarazo como causa de factores neuropsíquicos sumados a una hiperexcitabilidad gástrica (Nassif, 2012). Y se producen generalmente sensaciones de acidez con causas hormonales (Tejada Pérez et al, 2007).

3. 12. Sistema nervioso

Durante la gestación pueden presentarse náuseas, cefaleas, insomnio o aumento del sueño, neuralgias, odontalgias, parestesias, calambres, vértigo, lipotimias, aumento de la sensibilidad e irritabilidad, bradicardias, arritmias, hipotensión y trastornos digestivos (Nassif, 2012).

La mayor incidencia del estado de embarazo se presenta en el sistema neurovegetativo, en el cual es posible observar inestabilidad y desequilibrio. A su vez, también son esperables ciertos grados de amnesia y cambios de carácter, en los que no solo influye dicho estado, sino también aspectos de salud, sociales, económicos, etc. (Schwarcz et al, 1997).

3. 13. Órganos de los sentidos

Los efectos del embarazo sobre los sentidos maternos no suelen ser muy notorios. En relación a la vista podemos encontrar hipersecreción lagrimal, un leve aumento de presión de la arterial central de la retina y disminución de la presión ocular. También puede registrarse una ligera disminución auditiva; se

altera la sensibilidad gustativa causando los “antojos de las embarazadas” y se produce hipersensibilidad y rechazo a determinados olores (Nassif, 2012).

3. 14. Sistema endocrino

Las modificaciones en este sistema son significativas durante la gestación. En primer lugar, nos encontramos con la formación de un nuevo órgano endocrino: *la placenta*. La misma segrega gonadotrofina coriónica, somatomamotrofina coriónica (hormona del crecimiento) y grandes cantidades de estrógeno y progesterona. Dichas hormonas tienen la función de controlar el buen desarrollo del embarazo. Además cesa la actividad cíclica del ovario (Cingolani, Houssay y col. 2011).

3. 15. Modificaciones locales

Las modificaciones locales son aquellos cambios anatómicos y funcionales que hacen a la adaptación del aparato genital femenino respecto al embarazo.

Resumiendo las ideas de Nasiff (2012) encontramos que la pared abdominal aumenta su espesor y superficie y se puede observar hundimiento del ombligo. Todo ello, aumenta las probabilidades de formación de hernias. Los ovarios sufren hipertrofia, edema y congestión y las trompas de Falopio se hipertrofian aumentando su laxitud. Por su parte el útero se modifica en su totalidad: se vuelve asimétrico, se reblandece volviéndose más elástico y puede aumentar hasta 24 veces su tamaño. Finalmente, las mamas desde el inicio del embarazo comienzan a aumentar su tejido adiposo por lo que a su vez aumenta su sensibilidad, tensión y capacidad eréctil; además, secretan calostro (líquido transparente de aparición temprana que perdura hasta el cuarto día del puerperio y luego es reemplazado por la leche materna).

4. Conclusiones

A partir de lo expuesto en el presente capítulo podemos concluir que el embarazo es un proceso en el cual la pareja o familia, y especialmente, la mujer experimenta cambios en todos los aspectos de su vida. Es así que la misma debe esforzarse para adaptarse a ellos y podrá hacerlo o no adecuadamente. De ello dependerá en gran parte su propio bienestar y el de su hijo.

Es importante destacar que, si bien se han explicitado brevemente los diferentes cambios por los que atraviesan las mujeres durante la gestación, se debe tener en cuenta los aspectos particulares de cada una. El embarazo es un proceso muy íntimo que es vivido de forma particularmente cercana por la pareja y que cada mujer siente de forma personal. Por lo tanto algunos de estos cambios psicológicos y físicos pueden o no acontecer, y si lo hacen su intensidad y cualidad varían de mujer a mujer.

Esta vivencia también estará influenciada por factores externos y todo el contexto de la mujer: factores económicos, sociales, políticos, culturales, etc. Asimismo debemos tener en cuenta los factores internos de la mujer: miedos, fantasías, enfermedades o trastornos, creencias, expectativas, entre otros. Todo ello conforma el entorno del feto, el cual influye en su desarrollo actual y posterior.

Por lo tanto, el estudio y conocimiento de estos factores se vuelve indispensable para poder actuar sobre ellos (en la medida de lo posible) y así garantizar un desarrollo favorable de las futuras generaciones. Es por ello que se detallará ahora en adelante el conocimiento alcanzado acerca de los siguientes factores maternos que pueden afectar favorable o desfavorablemente el desarrollo del niño: estrés, ansiedad y apoyo social.

Capítulo 2:

Estrés

1. Introducción

El término *estrés* es actualmente muy utilizado, sin embargo, su significado no es preciso. Generalmente, se utiliza para designar a todas aquellas experiencias a las que es sometido un organismo humano o animal en forma aguda o crónica (Cía, 1994). El vocablo “*estrés*” es un derivado de la palabra inglés “*stress*”, procedente del latín “*strictiare*” que significa “estrechar o constreñir”. El término en inglés fue propuesto, en medicina, en el año 1936 por el endocrinólogo canadiense Hans Selye para designar una respuesta biológica inespecífica, estereotipada y siempre igual, al factor estresante mediante cambios en los sistemas nervioso, endocrino e inmunológico.

Según Zambrano García (2006) el estrés desencadena un estado caracterizado como Síndrome General de Adaptación (S. G. A.), que corresponde a la reacción global del organismo frente a situaciones percibidas como amenazantes. Es decir, que se trata de una respuesta adaptativa.

Desde las teorías evolutivas, los seres vivos han tenido un acoplamiento estructural con el medio, esto ha sido posible gracias al mecanismo del estrés, como respuesta adaptativa exitosa, que ha sido una acción efectiva, transmitida filogenéticamente. El mismo garantiza la *homeostasis*, es decir, el conjunto de continuos ajustes que hace el organismo rutinariamente para subsistir (Cruz, 2014).

Esta respuesta puede ser desencadenada por una situación externa como lo sería el ataque de un depredador. Sin embargo, actualmente, los seres humanos no debemos preocuparnos por posibles ataques de este tipo, sino por otras situaciones amenazantes como lo son las exigencias laborales, las dificultades en relaciones interpersonales, los ataques por parte de otros seres humanos, etc. En todos los casos la respuesta fisiológica del organismo será la misma.

2. Interacción evento-persona

Debemos tener en cuenta que éste fenómeno es el resultado de la suma de dos aspectos fundamentales: por un lado las situaciones del entorno o estresores y por otro lado, la reacción del propio individuo. A esta explicación se la ha llamado “transaccional” ya que busca transmitir la idea de que la forma en que la persona interpreta una situación determinada como poco deseable es la que genera estrés (Sender Romeo, 2009). Sin embargo, existen ciertas situaciones que por lo general funcionan como estresores para la mayoría de las personas. Los *estresores* son los acontecimientos o circunstancias que generan estrés, y que pueden variar en intensidad y duración (Morris y Maisto, 2009).

Sender Romeo (2009) describe cinco grandes fuentes de estrés:

- La frustración: no poder satisfacer nuestros impulsos nos estresa. Por ejemplo, el hambre o la falta de descanso.
- La presión: vivir con la amenaza constante de que algo negativo sucederá es estresante. Por ejemplo, trabajar diariamente bajo la presión de que si se comete algún error será despedido.
- Las desgracias: como las catástrofes naturales. Estos acontecimientos causan mucho estrés debido a que peligra la vida de la persona, y pueden continuar siendo estresantes durante mucho tiempo después de haber ocurrido.
- Los grandes acontecimientos: algunos acontecimientos ya sean positivos o negativos generan estrés debido a que requieren un gran esfuerzo por parte de la persona para poder adaptarse a ellos. Aquí encontramos los acontecimientos vitales como tener un hijo o independizarse económicamente.
- El entorno: vivir en ambientes hostiles, contaminantes, demasiado fríos o demasiado calurosos también puede generar estrés. Por ejemplo, vivir en

una gran ciudad con altos grados de contaminación lumínica, atmosférica, sonora y/o visual.

En conclusión la respuesta de estrés no depende exclusivamente ni de la persona ni de la situación, sino de la relación o transacción que se genera entre ambas. Además los factores desencadenantes de esta respuesta pueden variar de una persona a otra, sin embargo Alfredo H. Cía (1994) propone clasificarlos en tres grandes grupos:

- Factores Psico-emocionales
 - ✓ Éxitos o fracasos personales notables.
 - ✓ Frustración, insatisfacción y ausencia de objetivos.
 - ✓ Situaciones de cambio vital o transición en los roles ejercidos.
- Factores Físicos o Somáticos
 - ✓ Exceso de calor o de frío u otras condiciones ambientales adversas.
 - ✓ Exceso de ruido, contaminantes ambientales, agresiones visuales.
 - ✓ Actividades físicas excesivas o inexistentes (sedentarismo).
 - ✓ Dolor y enfermedades somáticas.
- Factores socioculturales
 - ✓ Familiares (desavenencias conyugales, pérdida de la autoridad paterna, maternidad, etc.).
 - ✓ Laborales (insatisfacción, mal ambiente de trabajo, desocupación).
 - ✓ Sociales (reducción de espacio vital, ingresos insuficientes, aglomeraciones, marginación social o étnica, etc.).

Durante este estudio se pondrá énfasis en la descripción de los diferentes factores que pueden haber afectado a una muestra de mujeres mendocinas durante su embarazo.

3. Respuesta psicológica y fisiológica del estrés

Shelley Taylor (1986) citado por Morris y Maisto (2009) sostiene que un hecho de la vida se convertirá o no en un estresor de acuerdo a cómo sea interpretado y valorado por la persona. Es así que estos autores proponen la siguiente secuencia en la evaluación de las situaciones potencialmente estresantes:

- A. Existe un *evento externo* que es un estresor potencial.
- B. El sujeto realiza una *valoración primaria* preguntándose si las implicancias de este evento son negativas o positivas; cuán amenazante es y cuánto daño puede causar.
- C. Luego de esta evaluación de la situación el individuo pone el foco sobre sí mismo para realizar una *valoración secundaria* en la cual se pregunta si sus habilidades o recursos son suficientes para hacer frente a este evento o no. Si en este caso la persona evalúa como insuficiente su capacidad de hacer frente exitosamente a la situación se genera el Síndrome General de Adaptación.

A nivel fisiológico esta respuesta es siempre la misma sin importar el evento que la desencadene. La misma consta de 3 fases y ocurre en 3 ejes del cuerpo:

- I. Reacción de alarma: la persona evalúa la situación como amenazante y el cuerpo reacciona a la misma. Lo primero en activarse es el sistema nervioso autónomo simpático, en el eje 1, que libera noarderrenalina lo cual provoca el aumento del ritmo cardíaco, la dilatación de las pupilas, aceleración de la respiración y mayor sudoración.

Si la amenaza persiste se activa el sistema neuroendocrino en el eje 2, el cual estimula las glándulas suprarrenales que mantienen la

liberación de catecolaminas. De esta forma el cuerpo del sujeto se prepara para el ataque o la huida.

Ya en el eje 3, se activa el sistema endocrino que permite llevar a cabo las actividades motoras destinadas a resolver de alguna forma el problema.

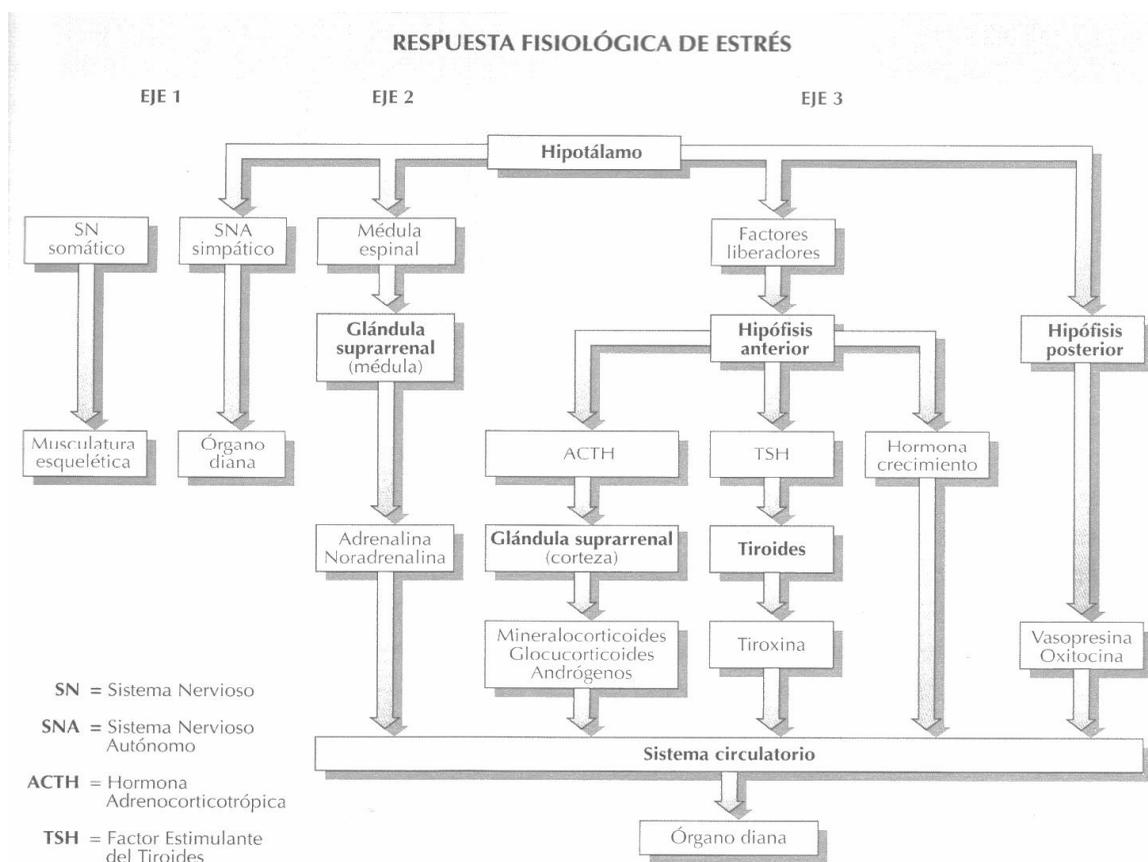


Figura 1: Fisiología del estrés (Sender Romeo, 2009). Página 581

- II. **Resistencia:** se mantiene esta respuesta por cierto espacio de tiempo, cuando el mismo se prolonga el sujeto comienza a mostrarse irritable, con cambios de humor, insomnio, alteraciones del aparato digestivo, dificultades de concentración, entre otros.
- III. **Agotamiento:** estos recursos se agotan y la respuesta cae, dando lugar al cansancio por el esfuerzo realizado.

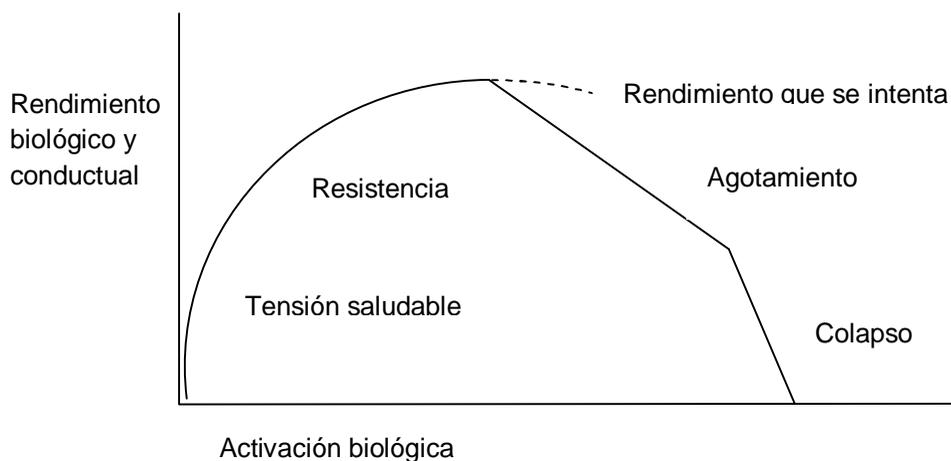


Figura 2: Curva de la función humana (Cía, 1994). Página 52

Simultáneamente será necesario que la persona despliegue un conjunto de esfuerzos cognoscitivos y conductuales para hacer frente a una situación estresante, es decir, debe utilizar las llamadas *estrategias de afrontamiento* (Lazarus, 1993). Estos esfuerzos pueden o no ser adaptativos y por lo tanto podrían o no, dar solución efectiva a la situación problema.

Entonces esta respuesta puede o no ser adaptativa, y por lo tanto ser favorable o perjudicial para la persona. Es así que varios autores, entre ellos Alfredo H. Cía (1994), describen dos tipos de estrés según si el mismo es o no perjudicial:

- **Eustres:** se trata del “buen estrés”. Es una respuesta que se adapta al estímulo y a los parámetros fisiológicos de la persona. El mismo es indispensable para el desarrollo y el funcionamiento psíquico y para la adaptación al medio.
- **Distres:** o “mal estrés”. El mismo se produce cuando las demandas del entorno son excesivas, intensas y/o prolongadas, superando la capacidad de resistencia y de adaptación del organismo.

Durante este estudio se utilizará el término *estrés* para hacer referencia a sobre todo al distres sufrido por la mujer durante el periodo de gestación.

Por su parte, la American Psychological Association (A.P.A) distingue entre tres tipos de estrés según las características, síntomas y duración de cada uno de ellos:

- *Estrés agudo*: es la forma de estrés más común. Surge de las exigencias y presiones del pasado reciente y las exigencias y presiones anticipadas del futuro cercano. Es decir, se trata de una respuesta a corto plazo que puede presentarse en la vida de cualquiera, y es muy tratable y manejable.
- *Estrés agudo episódico*: Se caracteriza por la repetición periódica de estrés agudo y se relaciona con características de personalidad tales como nerviosismo, agitación constante, hipersensibilidad, irritabilidad, ansiedad. Suelen ser personas externalizadoras y muy resistentes al cambio.
- *Estrés crónico*: es el estrés que se prolonga por largos periodos de tiempo. Surge cuando una persona no ve una salida a una situación deprimente por ejemplo: la pobreza, las familias disfuncionales, los matrimonios infelices o en un empleo o carrera que se detesta. Este tipo de estrés tiene efectos significativamente perjudiciales para la salud integral de las personas.

En el presente trabajo nos centraremos en el estudio de los efectos del estrés agudo episódico y del estrés crónico ya que por su duración, se prolongan los efectos perjudiciales de esta respuesta a lo largo del embarazo afectando no solo la salud integral de la mujer sino también la del niño por nacer.

4. Estrés prenatal

En cuanto al embarazo, encontramos que esta respuesta de estrés durante la gestación no solo afecta al cuerpo de la madre, sino que además tiene un gran impacto sobre el desarrollo del sistema nervioso fetal (Adrover, 2015). Cuando la mujer percibe una situación como amenazante, la respuesta de estrés actúa mediante la producción de hormonas que ejercen acción sobre estructuras como el hipocampo, la amígdala y la corteza prefrontal, responsables de la regulación de los procesos cognitivos y afectivos (Fernández, Olórtgui, y Correa, 2010) generando a su vez, desequilibrio en la homeostasis hormonal de la mujer (entre otros efectos) (Abeysena, Jayawardana, y De A Seneviratne, 2010). Las hormonas segregadas desvían la sangre hacia las extremidades preparándola para la lucha o la huida. Para ello, necesariamente el flujo de sangre que es conducido al bebé disminuye, reduciéndose así las cantidades de oxígeno y nutrientes destinados al feto. A su vez, si este estado de alerta se mantiene a lo largo del tiempo, se ve afectado el sistema inmune de la madre, predisponiéndola a enfermedades infecciosas (Cohen y Williamson, 1991 citado en Shaffer, 2000).

El feto es especialmente vulnerable a los efectos del estrés ya que todos sus sistemas se encuentran en formación requiriendo una alta tasa de división celular. De esta forma, el desarrollo normal de los mismos podría verse afectado dando como resultado un organismo susceptible a futuras condiciones adversas durante la vida postnatal (Gómez López et al. 2006). Entonces, esta cadena de situaciones generaría un círculo vicioso entre salud materna y salud fetal (Gaviria, 2006).

En cuanto a los estresores que pueden surgir durante el embarazo, algunos estudios destacan como más significativas aquellas experiencias resultantes del mismo embarazo como los diferentes cambios fisiológicos, las preocupaciones acerca del rol de madre, acerca de la labor de parto o respecto a la salud del niño (Lobel, M. et al. 2008). Sin embargo, existen también otros

eventos que no son intrínsecos de este periodo y que pueden ser percibidos como estresantes por la madre y que, por lo tanto, afectan el desarrollo del niño. Entre los más significativos encontramos experiencias de muerte cercana, el divorcio o separación de su pareja, discusiones y peleas con la pareja, violencia doméstica, dificultades económicas, carencia de hogar, conflictos con la ley y falta de apoyo social (Amolo, 2013; Barrios, 2014).

Por otro lado, los efectos del estrés son diversos tanto para la madre como para el bebé. En la mujer embarazada, puede predisponerla a una mala alimentación y al consumo de sustancias (legales o ilegales) (Paarlbergs et al., 1995 citado en Shaffer, 2000), así como también puede aumentar la frecuencia e intensidad de náuseas y vómitos (Abedian, Abbaszadeh, Roudsari y Shakeri, 2015). Además se ha encontrado que un alto nivel de estrés durante el periodo de gestación podría representar un riesgo potencial para el adecuado desarrollo de la crianza (Tranner Stapleton, 2012).

Por su parte, los efectos que el estrés materno produce en la vida pre y postnatal del niño son significativamente mayores, entre ellos encontramos: nacimientos pre-término y/o bajo peso al nacer (Grote et al., 2010), mayor vulnerabilidad a sufrir trastornos comportamentales y neuropsiquiátricos como el desorden de ansiedad, la depresión y la auto-administración de drogas en la adolescencia y adultez (Adrover, 2015) así como mayores posibilidades de desarrollar enfermedades cardiovasculares y desórdenes metabólicos (Beijers, Buitelaar & De Weerth, 2014).

5. Conclusiones

En conclusión, si bien la respuesta de estrés constituye un mecanismo que permite a las personas adaptarse a las situaciones amenazantes y mantenerse con vida; es importante recordar que si la misma se extiende a lo largo del tiempo podría causar graves daños a la salud integral de la persona.

En el caso de la mujer gestante, no solo es perjudicial para su propia salud, sino también para la del feto y la relación materno-filial. Esto se debe, en resumen, a las alteraciones neuroendocrinas que provoca el estrés, las cuales pueden afectar el comportamiento normal de la madre: cambio de hábitos sanos, inestabilidad emocional, exceso de preocupación por su salud y la del bebé, y complicaciones durante el embarazo, además de las probabilidades de que el bebé nazca prematuro y de bajo peso (Marrero, Aguilar y Aldrete, 2008).

Todo ello confiere un llamado a la reflexión y acción preventiva durante la gestación desde las diferentes áreas de la salud, especialmente la psicología. Desde esta última podría trabajarse en la percepción de los eventos estresantes, las estrategias de afrontamiento predominantes, fortalecimiento de redes de apoyo, mejoramiento del contexto (en la medida de lo posible), utilización de recursos, etc. Y de esta forma resguardar el sano desarrollo tanto del niño como de su madre.

Capítulo 3:

Apoyo social

1. Introducción

El Diccionario Enciclopédico Marred 3 (1998) define al *apoyo* como algo que sirve para sostener, brindar protección y/o auxilio. Mientras que la palabra *social* hace referencia a todo aquello que es relativo a la sociedad, siendo esta última una agrupación natural o pactada de personas o animales, con el fin de cumplir mediante la mutua cooperación, todos o alguno de los fines de la vida.

Teniendo en cuenta estas definiciones podemos estar de acuerdo con Abdollahpour, Ramezani y Khosravi (2015) en que el término *apoyo social* hace referencia a la acción voluntaria de una persona hacia otra que conduce a una respuesta positiva, y que puede provenir de diversas fuentes (familia, conyugue, amigos, comunidad, etc.) y que puede darse de diversas formas (psicológica, verbal, emocional, ayuda financiera, etc.). Por su parte Mendez Diz (2002) lo define como el grado en que las necesidades sociales básicas de las personas se ven gratificadas a través de la interacción con otros. Mientras que Barra Almagiá (2004) plantea que se puede concebir como el sentimiento de ser apreciado y valorado por otras personas y de pertenecer a una red social.

Entonces el apoyo social parecería tener dos elementos básicos:

- Otras personas que estén disponibles a los que se puede recurrir en momentos de necesidad.
- Cierta grado de satisfacción con el apoyo disponible (Sarason, Levine, Basham y Sarason, 1983).

Estos elementos podrían corresponderse a la diferenciación entre *apoyo social recibido* y *apoyo social percibido*. El primero tiene que ver con las características de la red social en términos de sus dimensiones estructurales y funcionales (tamaño, composición, densidad, homogeneidad) y con las funciones que dicha red cumple, es decir, en los tipos o modalidades de apoyo que aporta

(ayuda a nivel material, emocional). Mientras que el segundo se refiere a la apreciación subjetiva del individuo respecto de la adecuación del apoyo proporcionado por la red social, la valoración subjetiva que la persona realiza al respecto (necesidad percibida de apoyo, satisfacción con la ayuda recibida) (Barra Almagiá, 2004; López Verdugo et al, 2007).

Cabe destacar que la percepción de apoyo social estará inevitablemente condicionada por las creencias culturales respecto al mismo que tenga la persona; por ejemplo en culturas colectivistas el intercambio y la recepción de apoyo suelen percibirse de manera más positiva que en las culturas individualistas, donde la búsqueda de apoyo entra en conflicto con valores que se promueven en este tipo de culturas como la independencia, la autoconfianza y el control interno (Green y Rodgers, 2001; Cutrona, Hessling y Suhr, 1997; Asili & Julián, 1998; Thomson, Lutz y Lakey, 1999 y Barrón, 1996 citados en Palomar Lever y Cienfuegos Martinez, 2007)

Asimismo, dicha percepción también dependerá de las características propias de personalidad de cada sujeto (Sarason et al., 1983).

Además encontramos que el apoyo social consta de tres dimensiones según Berenzon-Gorn, Saavedra-Solano y Alanís-Navarro (2009):

- Apoyo afectivo o emocional (escuchar confidencias, expresar preocupación o interés).
- Apoyo informacional o informativo (consejos, asesoramiento, recomendaciones).
- Apoyo tangible o material o instrumental (ayudas económicas, ayuda con tareas concretas como las labores domésticas, etc.).

Durante el presente estudio se describirá la percepción que han tenido las mujeres gestantes acerca del apoyo social que les ha sido otorgado a lo largo del embarazo, en sus diferentes dimensiones.

2. Apoyo social como factor protector

Las emociones positivas son fundamentales para el bienestar de una persona ya que promueven el surgimiento de cogniciones y acciones que permiten al individuo utilizar adecuadamente sus recursos personales, lo cual no sólo mejoran su afrontamiento sino que repercuten nuevamente en la generación de emociones positivas, produciendo de este modo un espiral que promueve el bienestar (Fredrickson, 2003).

La percepción de ser apoyado socialmente es una experiencia grata y reconfortante para las personas, por lo cual se puede decir que la misma contribuye al bienestar del individuo y por lo tanto a su salud mental (Marrero Quevedo y Carballeira Abella, 2010). Entonces podemos afirmar junto con López Verdugo et al. (2007) que el apoyo social se trata de una dimensión interpersonal con un significativo valor como fuente de salud, ajuste y felicidad para las personas, pero además es un importante factor de cara a la disminución de la ansiedad y el estrés.

Una explicación para ello podría ser que el apoyo social tiene un efecto directo en la actividad fisiológica ya que el tener más apoyo se ha asociado con menores niveles de frecuencia cardiaca, presión arterial y catecolaminas, y con una mejor función inmune (Uchino, Cacioppo y Kiecolt-Glaser, 1996). Otra explicación sería que el disponer de apoyo le ayuda al individuo a tener más flexibilidad cognitiva y un mejor desempeño en los roles necesarios para afrontar el estrés. Mientras que una tercera explicación afirmaría que el estar con otros, especialmente con quienes se hallan en condiciones similares, puede tener un efecto reductor de la ansiedad: esto crea un sentimiento de bienestar y de seguridad que puede ser especialmente importante en momentos de estrés, y sus efectos benéficos pueden operar durante las fases de valoración y de afrontamiento de este proceso (Barra Almagiá, 2004).

En esta última explicación el apoyo social tendría una función *amortiguadora* o *buffer* por la cual funciona como un instrumento para atemperar los efectos negativos del estrés (Mendez Diz, 2002). En este sentido, Barra Almagiá (2004) sostiene que posiblemente el apoyo efectivo no dependa necesariamente del tipo de relación entre el apoyado y el apoyador, sino del grado en que el potencial apoyador tenga experiencia personal previa con el problema o la crisis que experimenta el individuo a ser apoyado y pueda asesorarlo.

Sin embargo, Giddens (1994) citado en Mendez Diz (2002) sostiene que para que el apoyo sea efectivo la relación entre apoyado y apoyador debe ser satisfactoria en sí misma, sin búsqueda de beneficios secundarios. Es decir, la misma debe estar basada en el compromiso, intimidad, entrega, autenticidad y confianza mutua; sin posiciones diferenciales de poder.

Desde nuestra perspectiva creemos que posiblemente tanto la experiencia que tenga el apoyador respecto de la situación por la que atraviesa el apoyado, como la autenticidad y confianza mutua que exista en su relación, son factores importantes para lograr un apoyo social efectivo, es decir, que el mismo funcione como factor protector frente al estrés y ansiedad.

Cabe destacar el posible surgimiento de un círculo vicioso que puede afectar considerablemente la salud integral de los individuos: los altos niveles de estrés y ansiedad tienden a afectar de manera negativa las habilidades sociales de los individuos, debido a que favorecen que este se perciba incapaz de mantener relaciones seguras, disminuyendo su bienestar y el acceso al apoyo social; y a su vez lo anterior promueve un incremento en los niveles de estrés (Palomar Lever y Cienfuegos Martínez, 2007).

Con respecto a la fuente de este apoyo social como factor protector, un estudio realizado por Berenzon-Gorn, Saavedra-Solano y Alanís-Navarro (2009) en México a un grupo de mujeres, sostiene que las mismas confirmaron que las redes informales de apoyo juegan un papel importante en la construcción y validación de la gravedad del malestar. Para dichas mujeres la principal fuente

de apoyo procede de la familia nuclear (madre y hermanos) o las amigas. Sin embargo, a pesar de que la mayoría se encontraba en pareja estable, en muy pocos casos la pareja se percibió como una fuente de ayuda en caso de malestar emocional al igual que la figura del padre.

Otro análisis realizado en el 2007 por López Verdugo et al., con 289 madres sostiene que la redes sociales de estas mujeres están compuestas por el grupo familiar nuclear. Pero cuando el apoyo de dichas personas falla se recurre a otras con menor vinculación como amigos, vecinos o profesionales.

Por lo tanto se vuelve fundamental el trabajo con la red de apoyo principal de las personas, es decir, la familia en la mayoría de los casos, para disminuir los efectos negativos provocados por el estrés o la ansiedad, y promover la salud mental y emocional de los individuos.

3. Apoyo social durante el embarazo

Las relaciones interpersonales que mantenga una mujer embarazada a largo de la gestación pueden ser tanto perjudiciales como beneficiosas para su salud y la de su bebé. Por ejemplo, muchas veces el embarazo no es planeado y no siempre se da en situaciones socialmente deseables (con una pareja estable y en una situación económica apropiada) con lo cual en algunos casos, el apoyo familiar suele verse disminuido (Gómez López et al, 2006).

A esto se le debe sumar la presión y expectativas sociales de cumplir con el rol y “ser una buena madre”, debiendo ser este una fuente de inmensa felicidad y plenitud que viene a completar la vida de la mujer. Este mensaje se observa sobre todo en los medios de comunicación, que muestran mujeres sin estrías, siempre felices, cobijadas por un marido soñado, plenas en el embarazo,

dichosas en la lactancia, seguras en el cuidado de los hijos. Así es que las mujeres intentan identificarse infructuosamente con estos estereotipos, lo que da lugar a sentimientos de fracaso y culpa (Sebastiani, 2005).

Esto se vuelve aún más perjudicial cuando la mujer atraviesa dificultades económicas y/o laborales, vive en situaciones de precariedad, se le dificulta el acceso a centros de salud, tiene un bajo nivel educativo y escasa información acerca del proceso de gestación, parto y puerperio, etc. (Nobile, Raffaele, Altomare y Pavia, 2007).

Entonces nos encontramos con una doble y contradictoria exigencia social: incentivamos a las mujeres a que tengan hijos y que sean plenamente felices con ello; y, por el otro, les exigimos que sigan con sus tareas (domésticas, laborales, de cuidado de hijos o padres, etc.) sin aportarles la apoyatura logística necesaria (Sebastiani, 2005).

Sin embargo, existen otro tipos de relaciones interpersonales como las que describía Giddens (1994) citado en Mendez Diz (2002) en el apartado anterior, que son capaces de aportar apoyo emocional, informacional o instrumental efectivo a la mujer gestante y colaborar en el cuidado de su salud y la de su hijo.

Un estudio realizado por Guarino, Scremín y Borrás (2013) en el cual participaron 94 mujeres embarazadas de Colombia determinó que percibir que se cuenta con apoyo para recibir ayuda económica, comentar los problemas diarios, sugerir cosas interesantes que hacer, dar ánimos cuando se sienten decaídas y recibir información acerca de la maternidad, amortigua de manera significativa el estrés o tensión asociada con el embarazo, lo que se traduce en una mejor salud y calidad de vida percibida.

Campos et al. (2008) afirma que un mayor grado de apoyo de los familiares otorga a la madre sentimientos de sostén, menor estrés y menor ansiedad en relación al embarazo; así como también se asocia a un mayor peso del niño al momento del nacimiento.

Por otra parte Yali y Lobel (2002) evaluaron la influencia del apoyo social en 163 embarazadas y llegaron a la conclusión de que el mismo, junto con el

optimismo y un buen estatus socioeconómico son los tres principales factores protectores frente al estrés durante el embarazo. Según estas autoras, ser optimistas, percibir que se cuenta con suficiente apoyo social y contar con adecuados recursos económicos, permite a las mujeres gestantes hacer un uso funcional de sus recursos personales y estrategias de afrontamiento frente a situaciones estresantes.

Este tipo de apoyo por lo general proviene de familiares directos (Abdollahpour, Ramezani y Khosravi, 2015) y amigos (Amolo, 2013). Sin embargo el apoyo por parte del padre del niño se vuelve fundamental ya que se ha demostrado que contribuye a la salud mental de la madre, promoviendo mayores conductas de cuidado y por lo tanto mejorando de forma indirecta los resultados del parto (Tanner Stapleton et al, 2012). Para Guarino, Scremín y Borrás (2013) las correlaciones entre el apoyo social y las dimensiones de salud resultaron en su mayoría positivas, lo que indica que a mayor apoyo social percibido por parte de las embarazadas, existe una menor somatización, menor angustia y ansiedad, menor depresión y en general un mayor grado bienestar.

Esta relación existente entre salud mental y apoyo social es dialéctica ya que, por ejemplo, una baja estabilidad emocional de la mujer gestante puede afectar la relación entre la madre y el padre del niño, ya que cuando los síntomas de ansiedad son mayores a lo esperable, el apoyo social que recibe la madre de parte de su pareja suele disminuir (Whisman, Goodman y Davila, 2011). Asimismo, la adaptación psicosocial de la madre es menor en tanto la ansiedad se incrementa (Ontiveros Pérez, y López-España, 2010). A su vez, esta percepción de menor apoyo social tiende a incrementar los niveles de ansiedad (Tranner Stapleton et al, 2012).

Entonces el apoyo social, sobre todo el brindado por la pareja es un importante factor protector frente al estrés, la ansiedad y la depresión durante la gestación (Senturk, Abas, Berksun y Stewart, 2011; Amolo, 2013; Díaz et al., 2013). Por este motivo debe ser promovido a antes, durante y después del parto, aportando a la salud integral de la mujer embarazada.

4. Conclusiones

Por todo lo expuesto anteriormente, se puede concluir que el embarazo es un período de cambios en el cual el apoyo social es imprescindible y la mayor y mejor fuente de dicho soporte social descansa sobre la capacidad de adaptación del hombre y de la mujer a las nuevas exigencias biopsicosociales de la nueva situación, lo que conlleva ajustes personales que se reflejan en el convivir diario de la pareja (Rodríguez, Pérez-López y Brito de la Nuez, 2004).

Una forma de promover el apoyo social es a través de programas psicoeducativos para familiares y parejas de mujeres gestantes, de manera tal que puedan aprender a brindar un apoyo afectivo a estas madres (Abdollahpour, Sramezani, y Khosravi, 2015). Según Gavensky (1984) estos programas deben incluir preparación en diferentes aspectos:

Médico: la mujer se sentirá más segura y apoyada si su marido participa en la preparación para el parto y la ayuda a ejercitarse durante el último trimestre.

Psicológico: el hombre se hace padre a través de la connotación afectiva, por lo cual es fundamental su participación en el proceso de gestación.

Social: se debe promover los lazos psicoafectivos del marido hacia su mujer y futuro niño, para la constitución plena de la familia.

Estos programas funcionan como métodos profilácticos y se convierten en una herramienta que intenta realizar justamente un trabajo de prevención en la psiquis de la embarazada, tratando de adelantarse a los posibles problemas que pudieran surgir en el campo emocional y mental, y lo hace desde la información, la reflexión y la desmitificación de numerosos temas relacionados con esta etapa de la vida (Sebastiani, 2005).

Capítulo 4:

Ansiedad

1. Introducción

El vocablo *ansiedad* proviene del latín “*anxietas*” que hace referencia a sentimientos de congoja o aflicción. Alfredo H. Cía (1994) en su libro “Trastornos por ansiedad” la define como un estado de malestar psicofísico caracterizado por una turbación, inquietud o zozobra y por una inseguridad o temor ante lo que se vivencia como una amenaza inminente. Por su parte, la Real Academia Española, describe a la ansiedad como un estado mental que se caracteriza por una gran inquietud, una intensa excitación y una extrema inseguridad, produciendo cambios a nivel emocional, fisiológico y conductual. Así mismo Vidal, Alarcón y Lolas Stepke (1995) sostienen que es un estado psicológico desencadenado por la anticipación de algún peligro y que se acompaña de un pico exagerado de alerta o excitación fisiológica que prepara al organismo para la acción.

Teniendo en cuenta, lo expuesto en el capítulo anterior acerca del estrés, se podría pensar que a ambos términos son sinónimos. La diferenciación de ambos conceptos es tan fina que incluso Endler (1988) citado en Fernandez-Abascal y Palmero (1999), afirma que ambos conceptos se superponen y que con frecuencia son utilizados indistintamente. Sin embargo, varios autores consideran a la ansiedad como un componente emocional del estrés al igual que la ira, la irritabilidad, la depresión, la culpa, etc. (Taylor, 1986; Lazarus, 1966; y Bendabat, 1987 citados en Fernandez-Abascal y Palmero, 1999). Entonces el estrés sería el resultado de la incapacidad del individuo de hacer frente a las demandas del ambiente, mientras que la ansiedad es una reacción emocional ante una amenaza (Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003).

Siguiendo con esta línea, la Psicofisiología sostiene que la ansiedad consiste en la emisión de una respuesta más difusa, menos focalizada, ocurriendo, muchas veces sin causa aparente y quizás mejor descrita como aprensión para el individuo, por lo que se debe resaltar su aspecto predominantemente subjetivo; mientras que en la respuesta de estrés

encontramos características de índole más fisiológica focalizadas en un objeto o situación específica que se vive como amenazante (Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003).

Entonces, los componentes comportamentales del estrés y de la ansiedad se superponen y conducen a un estado de hipervigilancia. Ambos constituyen respuestas protectoras que aparecen en todos los mamíferos en caso de encontrarse en una situación amenazante. Sin embargo en el hombre existe una particularidad: es capaz de inhibir estas respuestas por factores socioculturales, lo cual puede ocasionar consecuencias somáticas y psíquicas desfavorables (Cía, 1994).

2. Ansiedad y patología

Como se explicitó anteriormente la ansiedad tiene la importante función de movilizarnos frente a situaciones amenazantes, para llevar a cabo acciones que hagan frente a las mismas de la mejor manera posible. Es decir, por sí sola la ansiedad no es anormal, sino que incluso puede resultar positiva según la situación en la que surja. Por ejemplo: Un ejecutivo que se encuentra en la cima de su carrera observa los progresos de un empleado joven y se cuestiona: “¿Estará amenazado mi cargo?”. Si el monto de ansiedad que surge desde esta situación es el adecuado, será un estímulo positivo que movilizará al ejecutivo a aumentar su eficacia (Sardi, 1975). Pero cuando este monto es muy elevado puede llegar a paralizar al individuo, interferir en sus actividades diarias y disminuir su calidad de vida (Cía, 1994).

Marcela Tonarelli (2009), describe una importante propiedad de la ansiedad como lo es su naturaleza anticipatoria:

La respuesta de ansiedad posee la capacidad de detectar en forma rápida una señal de peligro o amenaza para el individuo, confiriéndole a esta variable un importante valor funcional, ya que posee una utilidad biológico-adaptativa. Pero en ocasiones, este proceso de detección del peligro está tan exacerbado en el individuo que el mismo se torna hipervigilante y la ansiedad puede no variar en proporción directa al peligro real (objetivo) de la situación, sino ocurrir de forma irracional, produciéndose ante situaciones de escaso peligro objetivo, o bien que carecen de peligro real y, en consecuencia, la ansiedad se torna desadaptativa (pp. 48).

Entonces, cuando la ansiedad se vuelve patológica representa una respuesta inapropiada a un ambiente que no es necesariamente amenazador. Asimismo, la ansiedad anormal suele presentarse como síntoma y estar presente en numerosos cuadros clínicos, somáticos o psíquicos (Vidal et al, 1995).

Martha González Ceinos (2007) propone la siguiente diferenciación:

Ansiedad normal	Ansiedad patológica
Más ligera	Más profunda, recurrente o persistente
Función adaptativa	Deterioro del funcionamiento psicosocial y fisiológico.
Menos corporal	Más somatizada
Surge dentro del ámbito personal de la libertad	Implica reducción de la libertad

A pesar de que la ansiedad es de carácter predominantemente emocional y subjetivo, pone en curso una activación del sistema nervioso autónomo simpático y endocrino al secretarse hormonas provenientes de las glándulas suprarrenales (Felipe, González, Álvarez, y Hernández, 2010). Es decir, que la misma tiene un correlato fisiológico, que si se encuentra exacerbado es perjudicial para el organismo, favoreciendo procesos de enfermedades físicas o psicológicas (Fernandez-Abascal y Palmero, 1999).

Según la quinta edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders o Manual Diagnóstico y Estadístico de la APA (DSM V) los *trastornos de ansiedad* son todas aquellas patologías que comparten características de miedo y ansiedad excesivas y que provocan alteraciones del comportamiento. Para considerar que la ansiedad anormal constituye un trastorno de ansiedad es necesario que estas características se mantenga por 6 meses consecutivos o más.

Este manual clasifica los trastornos de ansiedad en:

- Trastorno de ansiedad por separación.
- Mutismo selectivo
- Fobia social
- Ataque de pánico
- Agorafobia
- Trastorno de ansiedad generalizada
- Trastorno de ansiedad inducido por drogas
- Trastorno de ansiedad secundario causado por estado mórbido no psiquiátrico
- Trastorno de ansiedad no especificado
- Otros trastornos de ansiedad especificados

Por su parte, la décima edición del Código Internacional de Enfermedades (CIE-10) utiliza el término *angustia* como sinónimo de *ansiedad* y adopta la siguiente clasificación:

- Trastornos de angustia fóbica
 - ✓ Agorafobia (con o sin trastorno por pánico)
 - ✓ Fobias sociales
 - ✓ Fobias específicas (aisladas)
 - ✓ Otros
 - ✓ No especificado
- Trastorno obsesivo-compulsivo
 - ✓ Pensamientos o rumiaciones predominantemente obsesivas
 - ✓ Actos predominantemente compulsivos (rituales obsesivos)
 - ✓ Pensamientos y actos obsesivos mixtos

- ✓ Otros
- ✓ TOC no especificado
- Reacción de estrés graves trastornos de adaptación
 - ✓ Reacción de estrés agudo
 - ✓ Trastorno de estrés postraumático
 - ✓ Trastornos de adaptación
 - ✓ Otros
 - ✓ No especificado
- Otros trastornos
 - ✓ Trastorno por pánico (angustia paroxística episódica)
 - ✓ Trastorno por angustia generalizada
 - ✓ Trastorno mixto angustioso y depresivo
 - ✓ Otros trastornos mixtos
 - ✓ Trastornos angustiosos no especificados

Según Vidal et al (1995) existen, además ciertas entidades clínicas no psiquiátricas que se manifiestan por ansiedad como síntoma dominante. Entre ellas encontramos:

- | | |
|--------------------------------|---------------------------|
| 1. Hipertiroidismo | 10. Esclerosis múltiple |
| 2. Enfermedad de Cushing | 11. Asma bronquial |
| 3. Enfermedad de Addison | 12. Eritematosis |
| 4. Feocromocitoma | 13. Alergias cutáneas |
| 5. Tumores cerebrales | 14. Úlcera péptica |
| 6. Porfiria aguda intermitente | 15. Intestino irritable |
| 7. Lupus eritematoso sistémico | 16. Angina |
| 8. Fibromialgia | 17. Hipertensión arterial |
| 9. Pancreatitis aguda | |

Por tanto es fundamental tratar la ansiedad patológica tanto desde un enfoque psicológico como psiquiátrico para evitar que la misma devenga en diferentes afecciones.

3. Ansiedad-estado

El término *ansiedad* es comúnmente utilizado en dos tipos de circunstancias: una de ellas ocurre cuando describimos a una persona como ansiosa, adjudicándole características de inquietud o excitación como parte de su personalidad, por ejemplo: “El señor Liniers es una persona muy ansiosa”. El segundo tipo de circunstancia en la que se utiliza este término es cuando se hace referencia al estado de una persona en un momento determinado, por ejemplo: “Los exámenes orales me ponen muy ansioso”. Aquí se comprende que una determinada situación (los exámenes orales) genera en este estudiante inquietud, inseguridad y temor.

En el presente estudio se trabajará a partir de la segunda concepción de este término para describir el estado de ansiedad en el que se encuentra un grupo de madres, 48 horas después de haber dado a luz.

Entonces, el *estado de ansiedad* hace referencia a una condición subjetiva, temporal y fluctuante del organismo que consiste en la percepción consciente de sentimientos de tensión y aprensión por una intensa activación del sistema nervioso (Spielberger, 1966).

Miguel-Tobal (1996) citado en Fernandez-Abascal y Palmero (1999) clasifica los síntomas del estado de ansiedad de la siguiente manera:

1. Síntomas cognitivos: son aquellos pensamientos, ideas e imágenes de carácter subjetivo, así como su influencia en las funciones superiores. Entre ellos encontramos:

- 1.1. Preocupación
- 1.2. Miedo
- 1.3. Pensamientos negativos
- 1.4. Dificultades en la concentración
- 1.5. Sensación general de desorganización o pérdida de control sobre la situación, acompañada de dificultades para pensar con claridad
- 1.6. Inseguridad
- 1.7. Aprensión
- 1.8. Anticipación de peligro o amenaza
- 1.9. Dificultad para tomar decisiones
2. Síntomas fisiológicos: son consecuencia de la actividad de distintos síntomas orgánicos del cuerpo. Por ejemplo:
 - 2.1. Síntomas cardiovasculares (palpitaciones, tensión arterial elevada, accesos de calor).
 - 2.2. Síntomas respiratorios (sensación de sofoco, ahogo, respiración rápida y superficial, opresión torácica).
 - 2.3. Síntomas gastrointestinales (nauseas, vómitos, diarrea, aerofagia, molestias digestivas)
 - 2.4. Síntomas genitourinarios (micciones frecuentes, enuresis, eyaculación precoz, frigidez, impotencia).
 - 2.5. Síntomas neuromusculares (tensión muscular, temblores, hormigueo, dolor de cabeza tensional, fatiga excesiva).
 - 2.6. Síntomas neurovegetativos (sequedad de boca, sudoración excesiva, mareo, lipotimia).
3. Síntomas motores: comportamientos observables consecuentes de la actividad subjetiva y fisiológica.
 - 3.1. Hiperactividad
 - 3.2. Movimientos repetitivos
 - 3.3. Tartamudeo y otras dificultades en la expresión verbal
 - 3.4. Paralización motora
 - 3.5. Movimientos torpes y desorganizados
 - 3.6. Conductas de evitación

La intensidad de un estado de ansiedad es baja en situaciones no estresantes o en circunstancias en las que, aun cuando se presenta un verdadero peligro, la misma no se interpreta como amenazante (Fernandez-Abascal y Palmero, 1999).

4. Ansiedad posparto

4.1. Puerperio

Se llama *puerperio* al tiempo que se extiende desde la terminación del parto hasta la completa normalización del organismo femenino (6 u 8 semanas después del parto). Este proceso de retorno a la normalidad de los cambios gravídicos recibe el nombre de *involución puerperal*.

Durante este periodo la mujer debe dejar atrás los 9 meses de embarazo y comenzar a cuidar de un ser que ahora se encuentra separado físicamente de ella. Respecto a este cuidado, la nueva madre (en caso de ser primigesta) debe aprender a amamantar e higienizar al niño. Debe conocerlo, y darlo a conocer al resto de la familia. A esto se le suma que las primeras 48 horas del puerperio la mujer menciónada debe permanecer en el hospital o clínica en la que fue atendida al momento del parto, para realizar los controles pertinentes.

Todo ello supone nuevas vivencias para la mujer a partir de las cuales pueden surgir preocupaciones, miedos y ansiedades.

4.2. Ansiedad durante el puerperio

En el periodo de postparto se produce un descenso brusco de las hormonas sexuales de la madre, como los estrógenos y la progesterona que,

asociado a una modificación de los niveles de cortisol en sangre, puede producir cambios en el estado de ánimo de la misma, por la falta de adaptación su sistema nervioso ante esta caída brusca hormonal (Sastre Miras, 2015).

Sumado a esto, existen diversos factores que pueden desestabilizar emocionalmente a la mujer puérpera generando en ella estados de ansiedad. Entre ellos encontramos: el tiempo insuficiente con el que se cuenta para el correcto cuidado del bebé y el de sí misma (Curioso Chávez, 2013), la pérdida de autonomía y la aceptación del nuevo rol, las dudas respecto a la sexualidad, la preocupación por el descanso y por la recuperación física, preocupación por el llanto, y posibles problemas de salud del niño, el peso del recién nacido, la cura de cordón umbilical y la lactancia (respecto a los horarios y la sensación de hipogalactia) (Pinda Villa, 2013).

También debemos tener en cuenta su malestar físico: si ha sufrido trauma perineal (daño que se puede producir en los genitales durante el parto, espontaneo o por episiotomía) en el caso de que el parto haya sido vaginal, o si debe recuperarse de una operación cesárea (Beckmann y Stock, 2013) además de la congestión mamaria (Gavensky, 1984). Asimismo la situación de internación trae aparejada una serie de factores: la ubicación en un medio desconocido, entre personas extrañas que deben atender a la puérpera o que comparten con ella la habitación y los cuidados especiales impuestos por la asepsia (Soifer, 1973).

Todo ello puede hacer que durante esta etapa única en la vida de una mujer, la alegría inicial se transforme en fatiga y frustración (Curioso Chávez, 2013) provocando sentimientos de ansiedad y afectando la calidad de vida de la madre (Marín Morales et al, 2013). Sin embargo es fundamental tener en cuenta que la calidad dichos sentimientos siempre estará condicionada por las predisposiciones de personalidad de la mujer. Por ejemplo, Kao, Gau, Wu, Kuo y Lee (2004) citados en Marín Morales et al, (2013) sostienen que la mujer que durante su embarazo haya presentado tendencia a catastrofizar el dolor, muestra una menor capacidad de adaptación durante el puerperio, mayor probabilidad de

presentar alteraciones en el estado de ánimo y del funcionamiento social, y una potencial interferencia en el vínculo con su hijo.

Según Marín Morales et al. (2013), un 10% de las puérperas sufre de ansiedad. La misma puede llegar a inhibir la producción de la hormona prolactina, incrementando los niveles de cortisol en sangre, lo que entorpece la lactancia materna (Gorrita Pérez, Bárcenas Bellót, Gorrita Pérez y Brito Herreral, 2013) y afectar considerablemente el óptimo desarrollo del vínculo madre-hijo (Rodrigues, Pérez-López y Brito de la Nuez, 2004).

Además, se ha encontrado evidencia de que los hijos recién nacidos de madres con mayores niveles de ansiedad son descritos como niños más “difíciles” (Sastre Miras, 2015).

Sin embargo, se ha demostrado que es posible disminuir la ansiedad materna posparto a través de programas de preparación para el parto que incluya técnicas de relajación y ejercicios de elongación (Estrella de Maccari, Llanos y Caruso, 2013). También es beneficioso el contacto inmediato piel a piel entre madre e hijo: Rivara Dávila et al. (2007) han encontrado que a partir de las 48 horas se evidencia una disminución significativa de síntomas ansiosos en las madres que establecen un contacto piel a piel inmediato con su hijo, en comparación a aquellas mujeres que no lo hacen.

5. Conclusiones

Como se ha expuesto durante el presente capítulo, la ansiedad es una emoción propia del ser humano que le permite adaptarse a su entorno, sin embargo, cuando la intensidad de la misma no es acorde a la situación que se vivencia, se vuelve desadaptativa y perjudicial para la persona.

Este tipo de ansiedad suele afectar sobre todo a mujeres gestantes, parturientas o puérperas, siendo más evidente en las madres más jóvenes y primíparas (Estrella de Maccari, Llanos y Caruso, 2013). Esto se debe sobre todo a las diferentes situaciones nuevas que se presentan para estas mujeres, desde los cambios gravídicos producidos por el embarazo y el puerperio, hasta las preocupaciones y cuidados propios de la maternidad.

Cubero Morejón (2011) afirma que la ansiedad causa diferentes alteraciones, antes, durante y después del parto; viéndose afectados tanto madre como hijo/s, así como también el desarrollo del vínculo entre los mismos. Por lo tanto se vuelve fundamental el estudio de la misma de tal forma que se pueda trabajar con los factores de riesgo y factores protectores de cada madre, y de esta forma disminuir los sentimientos de ansiedad permitiendo una mejor calidad de vida tanto de la madre como de su hijo.

SEGUNDA

PARTE:

Metodología

Capítulo 1:
Método y
Procedimiento

1. Introducción

En este capítulo nos ocuparemos de la metodología adoptada en este estudio. Por lo tanto se expondrán las preguntas y objetivos de investigación, el enfoque, alcance y diseño de investigación, las características de la muestra, los instrumentos utilizados, el procedimiento de recolección de los datos y el análisis de los mismos.

2. Preguntas y objetivos de investigación

2.1. Preguntas de investigación

- ¿Qué eventos estresantes ocurren predominantemente durante el embarazo en una muestra de mujeres mendocinas? ¿Con qué frecuencia ocurren estos eventos? ¿Qué grado de estrés producen?
- ¿Qué nivel de Ansiedad-Estado presentan las mujeres participantes del estudio durante las 48 horas posteriores al parto?
- ¿Qué percepción de apoyo social tiene una muestra de mujeres mendocinas durante su embarazo?

2.2. Objetivos de investigación

2.2.1. *Objetivo general:*

- Aportar conocimiento científico sobre el grado de estrés y apoyo social percibido por mujeres mendocinas durante su embarazo y su estado de ansiedad a las 48 horas después del parto.

2.2.2. *Objetivos específicos:*

- Caracterizar la muestra de participantes atendiendo a variables personales y contextuales.
- Describir el tipo y frecuencia de aparición de eventos estresantes que vivencia una muestra de mujeres mendocinas durante su embarazo, así como también el grado de estrés que los mismos generan.
- Describir el grado de apoyo social percibido por una muestra mujeres mendocinas durante su embarazo.
- Describir el estado-ansiedad que presenta una muestra mujeres mendocinas durante las 48 horas posteriores al parto.

3. **Método**

3.1. Enfoque

Durante el presente estudio se trabajará desde un enfoque cuantitativo ya que se llevará a cabo una recolección y análisis de datos de medición numérica

para contestar nuestras preguntas de investigación. Asimismo, se hará uso de la estadística para establecer y describir con la mayor exactitud posible los patrones de comportamiento de la muestra seleccionada (Hernandez Sampieri, Fernandez Collado, y Baptista Lucio, 2010).

3.2. Tipo de estudio

Este estudio será de tipo descriptivo ya que se medirá independientemente las siguientes variables (Hernandez Sampieri, Fernandez Collado, y Baptista Lucio, 2010): tipo y frecuencia de aparición de eventos estresantes que vivencia una muestra de mujeres mendocinas durante su embarazo; el grado de estrés que los mismos generan; el estado de ansiedad que estas mujeres presentan 48 horas después de haber dado a luz; y el grado de apoyo social que las mismas percibieron a lo largo del periodo de gestación. De esta manera se podrá describir cómo se comporta cada una de estas variables en esta muestra de mujeres mendocinas.

3.3. Diseño de investigación

El diseño de este estudio corresponde a una investigación no experimental, ya que no se manipulará deliberadamente ninguna variable, sino que se observarán los fenómenos tal y como se da en su contexto, para luego analizarlos y describirlos. Estos fenómenos se observarán en un momento determinado, es decir, en un tiempo único, por lo tanto este diseño no experimental será de tipo transversal (Hernandez Sampieri, Fernandez Collado, y Baptista Lucio, 2010).

3.4. Selección de la muestra

La selección de las participantes se llevó a cabo a partir de un muestreo no representativo, es decir, que la selección de las participantes no fue al azar. La elección fue intencional (Aron y Aron, 2006), y se utilizaron los siguientes criterios de exclusión:

- Embarazo de menos de 37 semanas de gestación.
- Edad materna menor a 14 años.

- Que la embarazada haya recibido tratamiento con glucocorticoides sintéticos.

Se entrevistó a un total de 161 mujeres parturientas, quedando 58 formularios invalidados por errores en su completamiento, por lo que la muestra final estuvo compuesta por 103 mujeres. Dichas entrevistas se llevaron a cabo 48 horas después de que habían dado a luz en los hospitales Lagomaggiore y Español de Mendoza, Argentina. Todas ellas firmaron voluntariamente el consentimiento informado (anexo) antes de comenzar a participar del estudio.

Es importante destacar que el Hospital Español es un hospital privado que cuenta con una menor cantidad de camas en el sector de maternidad que el Hospital Lagomaggiore, que es un hospital perteneciente al sector público. Además, se debe tener en cuenta que las habitaciones del Hospital Español constan de una o dos camas, mientras que las habitaciones del Hospital Lagomaggiore pueden albergar de una a ocho camas. Por lo tanto se encontró mayor cantidad de participantes en el Hospital Lagomaggiore que en el Hospital Español.

4. Instrumentos

El presente estudio estuvo enmarcado en el proyecto de investigación “Estrés prenatal materno: resultados del nacimiento para niños y la reactividad del cortisol” realizado por la Dra. Carolina De Weerth, perteneciente a Radboud University Nijmegen, por lo tanto en ambos estudios se utilizará los datos recogidos a partir de los siguientes instrumentos:

4.1. Escala de factores demográficos y socioeconómicos

Ésta es una escala autoadministrable, a partir de la cual se realizan preguntas directas y cerradas acerca de la edad, número de hijos, estado civil, educación, composición del hogar, el trabajo y las horas de trabajo e ingresos tanto de la madre como del padre, con el objetivo de poder caracterizar detalladamente la muestra seleccionada (anexo).

4.2. Inventario de eventos estresantes

Se utilizó una adaptación realizada por Carolina De Weerth (2005) del inventario original de Spurgeon et al., (2001). Se trata de un inventario autoadministrable en el que se mencionan 50 ítems, cada uno de los cuales expone brevemente un determinado acontecimiento, que por general, es causante de estrés para la mayor parte de las personas. En cada uno de ellos, la participante debe marcar si vivenció o no este evento durante su embarazo (anexo). Al final se encuentra un ítem número 51, en el que cada mujer puede optar por escribir algún otro acontecimiento que le haya causado estrés durante la gestación.

Los baremos utilizados son mendocinos, ya que se realizó un estudio piloto de este inventario para determinarlos.

4.3. Inventario de interacción y apoyo social

Este inventario autoadministrable se encuentra basado en el Cuestionario de Apoyo durante embarazo desarrollado por Dejin-Karlsson et al., (2000). El mismo cuenta con 15 preguntas acerca de las relaciones interpersonales de las participantes, a lo largo de su embarazo. A cada una de ellas, las madres deben responder a partir de una escala tipo Likert, seleccionando solo una de las siguientes opciones: “Muy seguido”, “Seguido”, “A veces”, “Pocas veces”, “Nunca”, según lo percibido a lo largo de su embarazo (anexo).

4.4. STAI (The State Trait-Anxiety Inventory/ Inventario de Ansiedad-Estado Rasgo):

Este inventario autoadministrable, propuesto por Spielberger, Gorsuch y Lushene en 1983, cuenta con 20 ítems que evalúan, en este caso, el estado de ansiedad de la madre 48 horas después del parto, encontrándose aún en el hospital. Por lo tanto, solo se aplicó la escala de ansiedad-estado (anexo). Sus autores sostienen que, en cuanto a su fiabilidad, los elementos de dicho instrumento son suficientemente discriminadores respecto a la edad, al sexo y la ansiedad; posee además buena consistencia interna (entre 0,9 y 0,93 en ansiedad-estado). También se calculó la fiabilidad por el procedimiento de las dos mitades, lo cual arrojó coeficientes similares a los anteriores (0,94 en ansiedad-estado). En tanto a su validez, Spielberger, Gorsuch y Lushene (2002) sostienen que durante las primeras fases de creación de la escala se fueron seleccionando los elementos que mejor validez de criterio tuvieran. Se evaluó el STAI además a la luz de otro instrumento de medición de ansiedad como lo es “El Cuestionario de Personalidad 16 PF, Forma A” de R. B. Cattell; encontrándose resultados semejantes (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 2002).

4.5. Formulario de datos médicos

Este formulario fue diseñado *ad hoc*, es decir, fue hecho de forma intencional con el fin único de recolectar información acerca de la mujer participante y su hijo. El mismo nos otorga información general de ambos, información determinada acerca del momento de parto y datos específicos respecto de los primeros momentos del puerperio. Dicho formulario fue completado a partir de los datos obtenidos de las planillas de información que cada participante tenía en cada hospital. En todo momento se resguardó la identidad de la madre y el niño.

4.6. IBM SPSS Statistics 20

Los datos recogidos fueron analizados utilizando el programa estadístico IBM SPSS Statistics 20 para proceder a obtener los resultados y conclusiones del estudio. Sus siglas provienen del nombre *Statistical Package for the Social Science*. Se trata de un gestor de datos que permite el análisis de datos predominantemente cuantitativos. Para ello se utilizó el manual correspondiente: Manual del usuario del sistema básico de IBM SPSS Statistics 20.

5. Procedimiento

Al realizar el trabajo de campo que permitiera obtener los datos requeridos para este estudio, se llevaron a cabo los siguientes pasos:

5.1. Autorización de seguros

En Octubre de 2013, luego de ser convocada para trabajar en el proyecto de Estrés durante el embarazo de la Dr. Carolina de Weerth y conocerlo en profundidad, se comenzó a gestionar los seguros pertinentes de la Facultad de Psicología, que me permitieron asistir a los hospitales mencionados.

5.2. Trabajo en las instituciones

5.2.1. *Primeros contactos*

Junto con otras alumnas colaboradoras, se visitó los hospitales y se habló con las autoridades para proponer dicho trabajo, por lo cual se entregó una copia del proyecto a cada hospital. Los mismos fueron evaluados y aprobados en 15 días aproximadamente.

Una vez que se contó con la autorización de las instituciones se comenzó a trabajar, en Hospital Español. Se estableció contacto con el personal de

maternidad, se explicó en qué consistía el proyecto y se mostraron las autorizaciones y constancias en los casos que fueron necesarios. Además se realizó un zondeo acerca de la forma de trabajar de cada lugar para poder adaptarnos a ellos más fácilmente y generar un mejor ambiente de trabajo. Días más tarde se repitió este procedimiento en el Hospital Lagomaggiore.

Se pudo observar que si bien muchos de los trabajadores se mostraron muy predispuestos a ayudarnos y cedernos cierto espacio en ambos hospitales, algunas otras personas mostraron cierta disconformidad. Sin embargo, esta tensión fue disminuyendo con el paso de los días.

5.2.2. Recolección de datos

Para comenzar a recoger los datos, se seleccionaron a priori a aquellas mujeres que no cumplieran con ninguno de los criterios de exclusión mencionados anteriormente (apartado 3) y que, por lo tanto, pudieran ser potenciales participantes.

Se visitó a cada una de estas madres que ya hubieran cumplido por lo menos 24 horas después de haber dado a luz. La visita era realizada por una o dos investigadoras. Durante la misma, se le explicaba detalladamente a cada madre en qué consistía el proyecto y por qué considerábamos importante su colaboración. Si la misma aceptaba participar, se le presentaba el consentimiento informado para que lo firmara tanto la mujer como una de las investigadoras. Luego se les presentaban los cuestionarios y se les explicaba cómo debía responder a cada uno. Una vez que la madre comprendía claramente la tarea, se le solicitaba que los tuviera completos para el día siguiente.

Luego, cada investigadora se dirigía al expediente de cada participante para completar el Formulario de Datos Médicos (anexos). Al día, siguiente, se pasaba a retirar los cuestionarios completados por cada madre.

Un total de 190 horas reloj fueron invertidas en la recolección de datos (anexos).

Al finalizar la recogida de datos, se agradeció al personal y a las madres por el espacio y tiempo brindado.

5.3. Confección de las bases de datos

Una vez obtenidos los datos, los mismos se cargaron a una planilla del programa Microsoft Excel 2010. Este archivo fue compartido en una nube de Dropbox de forma tal que todas las investigadoras pudiéramos contar con los datos.

Más tarde se procedió a cargar estos datos en el programa IBM SPSS Statistics 20, con el cual fueron analizados descriptivamente. Esto dio como resultado las tablas y gráficos que se expondrán más adelante.

6. Análisis de datos

Como se mencionó anteriormente, para el análisis estadístico de los datos, se utilizó el software IBM SPSS Statistics 20. Se aplicaron nociones propias de la estadística descriptiva, se generaron tablas de distribución de frecuencias y se calcularon las medidas de tendencia central y de variabilidad.

Capítulo 2:

**Presentación y
discusión de
resultados**

1. Introducción

A lo largo de este capítulo se expondrán los resultados obtenidos del análisis de datos realizado a partir del programa estadístico IBM SPSS Statistics 20. Esto permitirá describir la muestra de forma detallada, de manera tal, que se puedan alcanzar los objetivos de este estudio. Así mismo, luego de la presentación de los resultados obtenidos, éstos se discutirán a la luz del marco teórico expuesto en la primera parte de este trabajo y los resultados de otras investigaciones concernientes a la temática.

2. Presentación de resultados

2.1. Características personales de las participantes

A los efectos de responder al primer objetivo de este estudio se describirán las características personales de las 103 mujeres participantes, cuya edad oscila entre los 14 y los 39 años, con una media de 25, 81 (DE=5,98) años (Tabla 1). 101 (98,1%) participantes son nacidas en Argentina, mientras que solo 2 (1,9%) tienen nacionalidad chilena (Tabla 2). La talla y el peso promedio de estas mujeres fue de 159,84 cm (DE=15,84) y 61,58 kg (DE=11,96) respectivamente (Tabla 3). 42 (40,8%) de estas mujeres señalaron haber tenido su primer hijo en las últimas 48 horas; 34 (33%) de ellas dijeron tener 2 hijos; 15 (14,5%) tenían 3 hijos; 7 (6,8%) mujeres tenían 4 hijos; 3 (2,9%) tenían 5 hijos; 1 (1%) tenía 6 hijos y 1 (1%) de estas mujeres tenía 8 hijos (Tabla 4).

Por otro lado 22 (21,4%) de estas madres refirieron haber sufrido un aborto en algún momento, mientras que las 81 (78,6%) restantes afirmaron no haber

pasado por esta situación (Tabla 5). Además encontramos que 18 (17,5%) mujeres padecían ciertos problemas de salud, entre las cuales encontramos: constipación, hipotiroidismo, hernias, colon irritable, gastritis crónica, trombofilia, artritis reumatoidea juvenil, asma, hipoglucemia y diferentes alergias. Sin embargo, todos los embarazos estudiados se desarrollaron con normalidad (Tabla 5).

Respecto a ciertas patologías que suelen estar vinculadas al estado de embarazo encontramos que 8 (7,8%) participantes padecieron preeclampsia, ninguna de ellas sufrió de hiperémiesis o anemia. También podemos destacar que solo 1 (1%) mujer tuvo pérdidas de importancia durante este periodo y que 3 (2,9%) mujeres afirmaron haber intentado realizarse un aborto durante el último embarazo (Tabla 5).

Respecto a los hábitos de las participantes, se observó que 13 (12,6%) fumaron tabaco durante el período de gestación; 10 de las cuales fumaron entre 1 y 5 cigarrillos por día; mientras que las 3 restantes fumaron entre 6 y 10 cigarrillos al día. Además se encontró que solo 9 (8,7%) madres consumieron alcohol durante el embarazo, de las cuales 8 no consumieron más de 2 vasos por semana mientras que solo 1 afirmó haber bebido entre 3 y 5 vasos a cada semana (Tabla 6).

Si bien este estudio es descriptivo, además de caracterizar la muestra en su totalidad, se presentarán las características de las mujeres de los diferentes hospitales por separado para poder conocer los detalles de cada uno de estos grupos, y así, dar pie a futuros estudios comparativos.

En el Hospital Español se evaluaron 30 participantes, cuyas edades oscilaban entre los 17 y 39 años con una edad media de 29,83 años (DE=4,87); mientras que las participantes atendidas en el Hospital Lagomaggiore, fueron 73 y tenían entre 14 y 39 años, con una media de 24,15 años (DE=5,62) (Tabla 1).

Tabla 1: Estadísticos descriptivos de la variable *edad* según grupos de madres del Hospital Español, Hospital Lagomaggiore y total de la muestra

Grupo de Hospital Español N=30	Media	29,83
	Desviación estándar	4,87
	Mínimo	17
	Máximo	39
Grupo de Hospital Lagomaggiore N=73	Media	24,15
	Desviación estándar	5,62
	Mínimo	14
	Máximo	39
Total N=103	Media	25,81
	Desviación estándar	5,98
	Mínimo	14
	Máximo	39

Todas las participantes del Hospital Español eran de nacionalidad argentina, mientras que 2 (2,7%) mujeres pertenecientes al Hospital Lagomaggiore eran chilenas (Tabla 2).

Tabla 2: Frecuencias de la variable *nacionalidad* según grupos de madres del Hospital Español, Hospital Lagomaggiore y total de la muestra

		Frecuencia	Porcentaje
Grupo de Hospital Español N=30	Argentina	30	100%
	Chile	0	0%
Grupo de Hospital Lagomaggiore N=73	Argentina	71	97,3%
	Chile	2	2,7%
	Chile	0	0%
Total N=103	Argentinas	101	98,1%
	Chile	2	1,9%
	Chile	0	0%

El peso y la talla de las madres atendidas en el Hospital Español oscilaban entre un mínimo de 41 kg y 88 kg con una media de 58,68 kg (DE=9,77); y 155 cm y 175 cm con una media de 164,40 cm (DE=5,71), respectivamente. En cuanto al peso y la talla de las mujeres atendidas en el Hospital Lagomaggiore, vemos que el peso oscilaba entre un mínimo de 43 kg y un máximo de 95 kg, con una media de 62,77 kg (DE= 12,62); mientras que el valor mínimo de talla de

estas mujeres era de 145 cm y el valor máximo de 175 cm con un promedio de 159,94 cm (DE=6,81) (Tabla 3).

Tabla 3: Estadísticos descriptivos de las variables *peso* y *talla maternos* según grupos de madres del Hospital Español, Hospital Lagomaggiore y total de la muestra

		Peso (kg)	Talla (cm)
Grupo de Hospital Español N=30	Media	58,68	164,4
	Desviación estándar	9,77	5,71
	Mínimo	41	155
	Máximo	88	175
Grupo de Hospital Lagomaggiore N=73	Media	62,77	159,94
	Desviación estándar	12,62	6,81
	Mínimo	43	145
	Máximo	95	175
Total N=103	Media	61,58	159
	Desviación estándar	11,96	15,84
	Mínimo	41	145
	Máximo	95	175

La diferencia entre la cantidad de hijos que tenían estas mujeres también es interesante, ya que de las participantes atendidas en el Hospital Español, 14 (46,7%) tuvieron su primer hijo al momento del estudio; 12 (40%) tenían 2 hijos; 3 (10%) tenían 3 hijos y solo 1 (3,3%) tenía 5 hijos. Por otro lado, de las 73 mujeres atendidas en el Hospital Lagomaggiore, 28 (38,4%) eran madres primigestas; 22 (30,1%) tenían 2 hijos, 12 (16,4%) tenían 3 hijos; 7 (9,6%) tenían 4 hijos; 2 (2,7%) tenían 5 hijos; 1 (1,4%) tenía 6 hijos y 1 (1,4%) tenía 8 hijos (Tabla 4).

Tabla 4: Frecuencias de la variable *cantidad de hijos* según grupos de madres del Hospital Español, Hospital Lagomaggiore y Total de la muestra

		Frecuencia	Porcentaje
Grupo de Hospital Español N=30	Cantidad de hijos	1	14 46,7%
		2	12 40
		3	3 10%
		5	1 3,3%
Grupo de Hospital Lagomaggiore N=73	Cantidad de hijos	1	28 38,4%
		2	22 30,1%
		3	12 16,4%
		4	7 9,6%
		5	2 2,7%
		6	1 1,4%
		8	1 1,4%
Total N=103	Cantidad de hijos	1	42 40,8%
		2	34 33%
		3	15 14,5%
		4	7 6,8%
		5	3 2,9%
		6	1 1%
		8	1 1%

De las 30 mujeres del Hospital Español, 3 (10%) afirmaron haber sufrido por lo menos un aborto con anterioridad, mientras que esta cifra asciende a 19 (26%) mujeres entre las participantes del Hospital Lagomaggiore. Respecto a los problemas de salud, encontramos que 8 (26,7%) mujeres del Hospital Español padecían algún tipo de enfermedad frente a 10 (13,7%) mujeres del Hospital Lagomaggiore.

En relación a las posibles enfermedades relacionadas con el embarazo, encontramos que en el Hospital Español 1 (3,3%) mujer sufrió de preeclampsia, frente a 7 (9,6%) de las participantes del Hospital Lagomaggiore. Además, solo 1 (1,4%) participante perteneciente al Hospital Lagomaggiore afirmó haber tenido pérdidas significativas durante su embarazo.

De las mujeres mencionadas con anterioridad, que intentaron realizarse un aborto durante este último embarazo, las 3 (4,1%) fueron atendidas en el Hospital Lagomaggiore.

Tabla 5: Frecuencias de las variables *abortos previos*, *enfermedades relacionadas con el embarazo* e *intento de aborto* según grupos de madres del Hospital Español, Hospital Lagomaggiore y total de la muestra

		Frecuencia		Porcentaje	
Grupo de Hospital Español N=30	Abortos previos	Sí	3	10%	
		No	27	90%	
	Problemas de salud	Sí	8	26,7%	
		No	22	73,3%	
	Enfermedades embarazo	Sí	1	3,3%	
		No	29	96,7%	
Intento de aborto	Sí	0	0%		
	No	0	0%		
Grupo de Hospital Lagomaggiore N=73	Abortos previos	Sí	19	26%	
		No	54	74%	
	Problemas de salud	Sí	10	13,7%	
		No	63	86,3%	
	Enfermedades embarazo	Sí	7	9,6%	
		No	66	90,4%	
Intento de aborto	Sí	3	4,1%		
	No	70	95,9%		
Total N=103	Abortos previos	Sí	22	21,4%	
		No	81	78,6%	
	Problemas de salud	Sí	18	17,5%	
		No	85	82,5%	
	Enfermedades embarazo	Sí	8	7,8%	
		No	95	92,2%	
Intento de aborto	Sí	3	2,9%		
	No	100	97,1%		

Es importante destacar que, respecto a la medicación durante la gestación, solo se encontró registro de la administrada a las participantes del Hospital

Español. Mientras que no se registró medicación administrada a las mujeres del Hospital Lagomaggiore durante su embarazo.

Del Hospital Español, solo 3 (10%) mujeres fumaron entre 1 y 5 cigarrillos por día durante el periodo de gestación. Mientras que del Hospital Lagomaggiore, 10 (13,7%) mujeres fumaron, 7 (9,6%) de las cuales consumieron entre 1 y 5 cigarrillos por día; y las 3 (4,1%) restantes, afirmaron fumar entre 6 y 10 cigarrillos diarios. Además, 2 (6,7%) de las mujeres del Hospital Español bebieron entre 1 y 5 vasos de bebidas alcohólicas por semana durante la gestación frente a 7 (9,6%) mujeres del Hospital Lagomaggiore que bebieron 1 o 2 vasos de bebidas alcohólicas cada semana (Tabla 6).

Tabla 6: Frecuencias de la variable *características de consumo* según grupos de madres del Hospital Español, Hospital Lagomaggiore y total de la muestra

		Frecuencia		Porcentaje	
Grupo de Hospital Español N=30	Tabaco	Sí	3		10%
		No	27		90%
	Alcohol	Sí	2		6,7%
		No	28		93,3%
Grupo de Hospital Lagomaggiore N=73	Tabaco	Sí	10		13,7%
		No	63		86,3%
	Alcohol	Sí	7		9,6%
		No	66		90,4%
Total N=103	Tabaco	Sí	13		12,6%
		No	90		87,4%
	Alcohol	Sí	9		8,7%
		No	94		91,3%

2.2. Características demográficas y socioeconómicas de las participantes

A los efectos del primer objetivo específico de este estudio se describirán a continuación las particularidades contextuales de la muestra.

Teniendo en cuenta el nivel educativo de las participantes se encontró que, al momento del estudio, 5 (4,9%) mujeres no habían terminado sus estudios

primarios; 15 (14,6%) tenían la primaria completa; 24 (23,3%) tenían estudios secundarios incompletos; 16 (15,5%) tenían el estudios secundarios completos; 11 (10,7%) tenían estudios terciarios incompletos; 6 (5,8%) tenían estudios terciarios completos; 8 (7,8%) refirieron tener estudios universitarios incompletos y finalmente, 18 (17,5%) mujeres contaban con estudios universitarios completos. Cabe destacar que un total de 17 (16,5%) mujeres no completaron este ítem en la encuesta.

Entre los títulos obtenidos por aquellas mujeres que terminaron sus estudios superiores encontramos: Abogadas, Agente de propaganda; Analista en sistemas, Arquitecta, Contadora Pública, Enfermera, Lic. en Comunicación, Lic. en Enfermería, Lic. en Nutrición, Lic. en Psicología, Lic. en Psicopedagogía y Lic. en Relaciones Humanas, Médica, Odontóloga, Lic. en Historia, Técnica en Anatomía Patológica, Técnica en Comercio, Técnica en Cuidados, Técnica en Gestión de empresas hoteleras y Lic. en Veterinaria.

Además, 27 (26,2%) del total de estas mujeres se encontraban trabajando, de las cuales 13 afirmaron trabajar más de 40 horas semanales; 4 trabajaban entre 30 y 39 horas semanales; otras 4 trabajan entre 20 y 29 horas a la semana, 2 trabajaban entre 10 y 19 horas semanales y 2 entre 1 y 9 horas a las semana. Otras 2 mujeres no respondieron a esta pregunta.

En cuanto al estado civil de estas mujeres, se encontró que 78 (75,7%) estaban casadas o convivían con su pareja; 7 (6,8%) tenían pareja estable pero vivían en casas diferentes, 14 (13,6%) participantes se encontraban solteras al momento del parto; 2 (1,9%) mujeres estaban divorciadas o separadas y otras 2 (1,9%) se encontraban en otro tipo de relación. De esas parejas, 80 hombres se encontraban trabajando, mientras que 7 se encontraban desempleados.

Además, 37 (35,9%) participantes tenían una fuente extra de ingresos como puede ser la Asignación universal por hijo, Asignación por embarazo, ayuda económica por parte de los padres de las mujeres; Pensión por discapacidad, entre otros.

También se encontró que del total de la muestra, 31 (30,1%) mujeres tenían casas propias; 29 (28,2%) alquilaban el inmueble donde vivían; 22

(21,4%) vivían en algún lugar que se les había sido prestado, y 21 (20,4%) afirmaron tener otro tipo de vivienda como puede ser: vivir en la casa de padres, abuelos o familia política (Tabla 10).

Segmentando estos datos de acuerdo a los grupos establecidos por los diferentes hospitales, se pudieron observar las siguientes diferencias respecto al nivel educativo de la participantes: en el Hospital Español solo 1 (3,3%) mujer no había terminado la primaria al momento del estudio; 1 (3,3%) tenía solo estudios primarios completos; 1 (3,3%) mujer poseía estudios secundarios incompletos; 2 (6,7%) mujeres habían completado hasta sus estudios secundarios; 2 (6,7%) habían comenzado estudios terciarios y 7 (23,3%) personas sí los habían completado; 5 (16,7%) madres afirmaron tener estudios universitarios incompletos y 10 (33,3%), tener estudios universitarios completos. Solo 1 (3,3%) mujer no respondió a este ítem.

Por su parte, 5 (6,8%) madres atendidas en el Hospital Lagomaggiore no tenían sus estudios primarios completos hasta ese momento; 10 (13,7%) si habían completado sus estudios primarios; 20 (27,4%) mujeres tenían estudios secundarios incompletos y 14 (19,2%), estudios secundarios completos; 3 (4,1%) madres poseían estudios terciarios incompletos y 4 (5,5%) estudios terciarios completos; finalmente solo 1 (1,4%) mujer había comenzado sus estudios universitarios, hasta el momento incompletos. En este hospital, 16 (21,9%) participantes no respondieron a esta pregunta (Tabla 7).

Tabla 7: Frecuencias de la variable *nivel educativo* según grupos de madres del Hospital Español, Hospital Lagomaggiore y total de la muestra

		Frecuencia	Porcentaje
Grupo de Hospital Español N=30	Primaria incompleta	1	3,3%
	Primaria completa	1	3,3%
	Secundario incompleto	1	3,3%
	Secundario completo	2	6,7%
	Terciario incompleto	2	6,7%
	Terciario completo	7	23,3%
	Universitario incompleto	5	16,7%
	Universitario completo	10	33,7%
	Grupo de Hospital Lagomaggiore N=73	Primaria incompleta	5
Primaria completa		10	13,7%
Secundario incompleto		20	27,4%
Secundario completo		14	19,2%
Terciario incompleto		3	4,1%
Terciario completo		4	5,5%
Universitario incompleto		1	1,4%
Universitario completo		0	0%
Total N=103		Primaria incompleta	5
	Primaria completa	15	14,6%
	Secundario incompleto	24	23,3%
	Secundario completo	16	15,5%
	Terciario incompleto	11	10,7%
	Terciario completo	6	5,8%
	Universitario incompleto	8	7,8%
	Universitario completo	18	17,5%

Al momento del estudio, 19 (63,3%) mujeres atendidas en el Hospital Español se encontraban empleadas, mientras que solo 8 (11%) madres del Hospital Lagomaggiore poseían empleo (Tabla 8).

Teniendo en cuenta el estado civil de las mujeres participantes del Hospital Español, 28 (93,3%) estaban casadas o conviviendo con su pareja; 1 (3,3%) se encontraba en una relación estable pero viviendo separada de su pareja y solo 1 (3,3%) estaba soltera. Mientras que de las mujeres del Hospital Lagomaggiore,

50 (68,5%) estaban casadas o conviviendo con su pareja, 6 (8,2%) tenían una relación estable pero viviendo separadas de su pareja; 13 (17,8%) estaban solteras; 2 (2,7%) estaban separadas o divorciadas y otras 2 (2,7%) afirmaron estar en otro tipo de relación (Tabla 9). De las parejas mencionadas, solo 1 (3,3) atendida en el Hospital Español se encontraba desempleada; mientras que este número en el Hospital Lagomaggiore se elevó a 6 (8,2%) personas (Tabla 8).

Respecto a otras fuentes de ingreso mencionadas anteriormente, también se pudieron observar diferencias: en el Hospital Español, solo 2 (6,7%) familias contaban con una fuente de ingresos extras; siendo que en el Hospital Lagomaggiore se encontraron 35 (47,9%) familias que recibían algún tipo de ayuda económica (Tabla 8).

Tabla 8: Frecuencias de las variables *empleo*, *empleo de la pareja* y *otras fuentes de ingresos* según grupos de madres del Hospital Español, Hospital Lagomaggiore y total de la muestra

		Frecuencia		Porcentaje	
Grupo de Hospital Español N=30	Empleo	Sí	19	63,3%	
		No	11	36,7%	
	Empleo Pareja	Sí	29	96,7%	
		No	1	3,3%	
	Otros ingresos	Sí	2	6,7%	
		No	27	93,3%	
Grupo de Hospital Lagomaggiore N=73	Empleo	Sí	8	11%	
		No	65	89%	
	Empleo Pareja	Sí	67	91,8%	
		No	6	8,2%	
	Otros ingresos	Sí	35	47,9%	
		No	36	49,31%	
Total N=103	Empleo	Sí	27	26,6%	
		No	74	71,84%	
	Empleo Pareja	Sí	7	6,79%	
		No	80	77,66%	
	Otros ingresos	Sí	37	35,9%	
		No	66	64,1%	

Tabla 9: Frecuencias de la variable *estado civil* según grupos de madres del Hospital Español, Hospital Lagomaggiore y total de la muestra

		Frecuencia	Porcentaje
Grupo de Hospital Español N=30	Casada o conviviendo	28	93,3%
	Con pareja estable pero en casas separadas	1	3,3%
	Soltera	1	3,3%
	Separada o divorciada	0	0%
	Otro	0	0%
Grupo de Hospital Lagomaggiore N=73	Casada o conviviendo	50	68,5%
	Con pareja estable pero en casas separadas	6	8,2%
	Soltera	13	17,8%
	Separada o divorciada	2	2,7%
	Otro	2	2,7%
Total N=103	Casada o conviviendo	78	75,7%
	Con pareja estable pero en casas separadas	7	6,8%
	Soltera	14	13,6%
	Separada o divorciada	2	1,9%
	Otro	2	1,9%

Finalmente se encontró que 9 (30%) familias atendidas en el Hospital Español poseían casa propia; 12 (40%), alquilaban; 5 (16,7%) vivían en una casa prestada y 4 (13,3%) señalaron vivir en otra situación. Así mismo, de las 73 familias atendidas en el Hospital Lagomaggiore, 22 (30,1%), tenían casa propia; 17 (23,3%) alquilaban; otras 17 (23,3%) vivían en una casa prestada y otras 17 (23,3%) señalaron vivir en otra situación (Tabla 10).

Tabla 10: Frecuencias de la variable *tipo de vivienda* según grupos de madres del Hospital Español, Hospital Lagomaggiore y total de la muestra

		Frecuencia	Porcentaje
Grupo de Hospital Español N=30	Casa propia	9	30%
	Casa alquilada	12	40%
	Casa prestada	5	16,7%
	Otro	4	13,3%
Grupo de Hospital Lagomaggiore N=73	Casa propia	22	30,1%
	Casa alquilada	17	23,3%
	Casa prestada	17	23,3%
	Otro	17	23,3%
Total N=103	Casa propia	31	30,1%
	Casa alquilada	29	28,2%
	Casa prestada	22	21,4%
	Otro	21	20,4%

2.3. Características del parto y del neonato

Otras de las características contextuales de las participantes que responden al primer objetivo son las particularidades del momento del parto y del niño recién nacido.

Aquí se pudo observar que, gracias a los criterios de exclusión, todos los bebés de las madres participantes nacieron a término. Se encontró un mínimo de 37 semanas de gestación y un máximo de 42 semanas con una media de 39,04 (DE=1,12) (Tabla 11). Se registraron 70 (68%) partos vaginales frente a 33 (32%) partos por cesárea. En 86 (83,5%) partos se registró el uso de medicamentos tales como anestesia, antibióticos, oxitocinas, diclofenac, ranitidina y reliberan. Sólo en 4 (3,9%) casos el sangrado durante el parto fue excesivo (Tabla 12).

Por otro lado, se observó que nacieron 55 (55,3%) varones y 46 (44,7%) mujeres. Además se obtuvo que 101 (98,05%) bebés se posicionaron de cabeza al nacer, mientras que solo 2 (1,95%) nacieron de glúteos (Tabla 13). En relación al peso podemos decir que en todos los casos fue normal, oscilando entre un

mínimo de 2330,00 gramos y un máximo de 4370,00 gramos, determinando un promedio de 3335,53 gramos (DE=407,39). Respecto a la talla al momento del nacimiento encontramos un valor mínimo de 45 cm, un valor máximo de 55 cm y un promedio de 50,01 cm (DE=1,93). Finalmente, los datos recogidos sobre el perímetro cefálico del neonato muestran un promedio de 34,40 cm (DE=1,39) con valores que oscilan entre 31 y 38 cm (Tabla 11).

El pulso de estos bebés fue en 82 (79,6%) casos normal, en 20 (19,4%) fue moderado, mientras que en solo 1 (1%) caso fue bajo. El puntaje Apgar durante el primer minuto de vida de estos niños fue de 9 en 92 (89,3%) casos; de 8 en 10 (9,7%) casos y de 6 en solo 1 (1%) caso. Sin embargo se encontró que el puntaje Apgar a los 5 minutos fue de 10 en 95 (92,2%) casos y de 9 en los restantes 8 (7,8%) casos (Tabla 13). Afortunadamente ninguno de estos niños fue medicado durante los primeros momentos de su nacimiento.

De los 30 partos atendidos en el Hospital Español, 15 (50%) fueron partos vaginales y 15 (50%) fueron por cesárea; mientras que de los 73 partos atendidos en el Hospital Lagomaggiore, 55 (75,3%) fueron partos vaginales, frente a 18 (24,6%) partos por cesárea (Tabla 12). La edad gestacional en el Hospital Español varió entre 37 y 41 semanas, con un promedio de 38,66 (DE=1,09). En el Hospital Lagomaggiore la edad gestacional varió entre 37 y 42 semanas con una media 39,2 (DE=1,1) (Tabla 11).

De los 86 casos en los que se registró medicación durante el parto, 14 (46,7%) pertenecieron al Hospital Español y 72 (98,6%) pertenecieron al Hospital Lagomaggiore. Mientras los 4 casos de sangrado excesivo durante el parto se dieron en este último hospital (Tabla 12).

De los 55 varones, 15 (50%) nacieron en el Hospital Español y 42 (57,5%) en el Hospital Lagomaggiore; mientras que de las 46 niñas, 15 (50%) nacieron en el primero y 31 (42,5%), en el segundo (Tabla 13).

Respecto a las características de los recién nacidos, se observó que aquellos que nacieron en el Hospital Español tuvieron un peso promedio de 3191,83 gramos (DE=311,05) con un mínimo de 2680 gramos y un máximo de 4025 gramos; una talla media de 49,81 cm (DE=1,75) con valores que oscilan

entre 32 y 37,5 cm; y un promedio de perímetro cefálico de 34,30 cm (DE=1,14), un mínimo de 46 cm y un máximo de 53 cm. Mientras que en los bebés nacidos en el Hospital Lagomaggiore se registró un peso promedio de 3394,56 gramos (DE=428,96); una talla que varía de 45 a 55 cm con una media de 50,10 cm (DE=2) y un perímetro cefálico promedio de 34,45 cm (DE=1,49) con un mínimo de 31 cm y un máximo 38 cm (Tabla 11).

Tabla 11: Estadísticos descriptivos de las variables *edad gestacional*, *peso*, *talla* y *perímetro cefálico* según grupos de recién nacidos del Hospital Español, Hospital Lagomaggiore y total de la muestra

		Edad gestacional	Peso (g)	Talla (cm)	Perímetro cefálico
Grupo de Hospital Español N=30	Media	38,66	3191,83	49,81	34,3
	Desv. estándar	1,09	311,05	1,75	1,14
	Mínimo	37	2680	46	32
	Máximo	41	4025	53	37,5
Grupo de Hospital Lagomaggiore N=73	Media	39,2	3394,56	50,1	34,45
	Desv. estándar	1,1	428,96	2	1,49
	Mínimo	37	2330	45	31
	Máximo	42	4370	55	38
Total N=103	Media	39,04	3335,53	50,1	34,4
	Desv. estándar	1,12	407,39	1,93	1,39
	Mínimo	37	2330	45	31
	Máximo	42	4370	55	38

De los niños nacidos en el Hospital Español 11 (36,7%) tuvieron un pulso normal y 19 (63,3%) tuvieron pulso moderado. Mientras que de los bebés nacidos en el Hospital Lagomaggiore, 71 (97,3%) tuvieron pulso normal, 1 (1,4%) tuvo pulso moderado y 1 (1,4%) tuvo pulso bajo (Tabla 13).

Finalmente, respecto a los puntajes Apgar, los registros señalaron que los puntajes Apgar a un minuto del nacimiento fueron, en el Hospital Español, de 9 en 22 (73,3%) casos, de 8 en 7 (23,3%) casos y de 6 en 1 (3,3%) caso. En el Hospital Lagomaggiore, este puntaje fue de 9 en 70 (95,5%) casos y de 8 en 3 (4,1%) casos. El puntaje Apgar después de 5 minutos de nacimiento fue, en el Hospital Español de 10 en 25 (83,3%) casos y de 9 en los 5 (16,7%) casos

restantes; mientras que en el Hospital Lagomaggiore fue de 10 en 70 (95,5%) casos y de 9 en 3 (4,1%) casos (Tabla 13).

Tabla 12: Frecuencias de las variables *tipo de parto, medicación durante el parto, sangrado excesivo* según grupos de madres del Hospital Español, Hospital Lagomaggiore y total de la muestra

		Frecuencia		Porcentaje	
Grupo de Hospital Español N=30	Tipo de parto	Vaginal	15	50%	
		Cesárea	15	50%	
	Medicación parto	Sí	14	46,7%	
		No	16	53,3%	
	Sangrado excesivo	Si	0	0%	
		No	30	100%	
Grupo de Hospital Lagomaggiore N=73	Tipo de parto	Vaginal	55	75,3%	
		Cesárea	18	24,6%	
	Medicación parto	Sí	72	98,6%	
		No	1	1,4%	
	Sangrado excesivo	Si	4	5,48%	
		No	69	94,52%	
Total N=103	Tipo de parto	Vaginal	70	68%	
		Cesárea	33	32%	
	Medicación parto	Sí	86	83,5%	
		No	14	16,5%	
	Sangrado excesivo	Si	4	3,9%	
		No	99	96,1%	

Tabla 13: Tabla 9: Frecuencias de las variables *tipo de parto, presentación fetal, sexo, puntaje Apgar y pulso* según grupos de recién nacidos del Hospital Español, Hospital Lagomaggiore y total de la muestra

		Frecuencia		Porcentaje	
Grupo de Hospital Español N=30	Sexo	Masculino	15	50%	
		Femenino	15	50%	
	Presentación fetal	De cabeza	29	96,7%	
		De glúteos	1	3,3%	
	Puntaje Apgar	1'	10	0	0%
			9	22	73,3%

		8	7	23,3%
		6	1	3,3%
		10	25	83,3%
	5'	9	5	16,7%
		8	0	0%
	Pulso	Normal	11	36,7%
		Moderado	19	63,3%
		Bajo	0	0%
	Sexo	Masculino	42	57,5%
		Femenino	31	42,5%
	Presentación fetal	De cabeza	72	98,6%
		De glúteos	1	1,4%
		10	0	0%
	1'	9	70	95,5%
		8	3	4,1%
	Puntaje Apgar	10	70	95,5%
	5'	9	3	4,1%
		8	0	0%
	Pulso	Normal	71	97,3%
		Moderado	1	1,4%
		Bajo	1	1,4%
	Sexo	Masculino	55	55,3%
		Femenino	46	44,7%
	Presentación fetal	De cabeza	101	98,05%
		De glúteos	2	1,95%
		10	0	0%
	1'	9	92	89,9%
		8	10	9,7%
	Puntaje Apgar	10	95	92,2%
	5'	9	8	7,8%
		8	0	0%
	Pulso	Normal	82	79,6%
		Moderado	20	19,4%
		Bajo	1	1%

Grupo de Hospital
Lagomaggiore
N=73

Total
N=103

2.4. Descripción de los eventos estresantes y grado de estrés vivenciado durante el embarazo

Para poder responder al segundo objetivo de este estudio, se llevó a cabo una distribución percentilar intramuestra que permitió obtener los parámetros correspondientes al grado de estrés vivenciado durante el embarazo propio de esta muestra, a partir del Inventario de Eventos Estresantes. De esta forma se pudo observar que la media fue de 42,04 puntos con un desvío típico de 35,98 (Tabla 14). El percentil 25 de la muestra se ubicó en 15,26 puntos, el percentil 50 en 42,04 puntos y el percentil 75 fue de 67,63 puntos.

De ello se pueden desprender 3 categorías:

- *Nivel bajo de estrés*: con un puntaje igual o menor a 15,26.
- *Nivel medio de estrés*: entre 15,27 y 67,62 puntos.
- *Nivel alto de estrés*: mayor a 67,63 puntos.

De ello se pudo inferir que del total de la muestra, 26 (25,2%) mujeres presentaron un nivel de estrés bajo durante su embarazo; 51 (49,5%) presentaron un nivel medio de estrés y las 26 (25,2%) mujeres restantes presentaron un nivel alto de estrés (Tabla 15).

Respecto a la diferenciación por grupos según cada hospital, encontramos que las madres atendidas en el Hospital Español obtuvieron una media de 18,43 puntos (DE=16,89) posicionándose, grupalmente, dentro de la categoría de estrés medio, pero solo marginalmente. Por su parte, las mujeres atendidas en el Hospital Lagomaggiore obtuvieron un puntaje promedio de 57,28 (DE=35,69) de lo que se infiere que también vivenciaron, en general, un grado medio de estrés durante su embarazo (Tabla 14).

Sin embargo, si ahondamos un poco más en los datos encontramos que, de las madres atendidas en el Hospital Español, 17 (56,7%) vivenciaron un bajo nivel de estrés durante su embarazo y 13 (43,3%) vivenciaron un nivel medio, de lo cual se desprende que ninguna obtuvo puntajes correspondientes a un nivel de estrés alto. Mientras que de las 73 mujeres atendidas en el Hospital Lagomaggiore, 9 (12,3%) obtuvieron un puntaje bajo; 38 (52,1%) obtuvieron un puntaje medio y 26 (35,6%) obtuvieron valores altos.

De acuerdo a la frecuencia de estos eventos estresantes, las mujeres vivenciaron entre 0 y 23 eventos estresantes durante el periodo de gestación. Entre los cinco eventos estresantes más frecuentes encontramos: en primer lugar, el ítem “No te sentiste físicamente bien durante largos periodos del embarazo” con una frecuencia de ocurrencia de 41 casos; en segundo lugar, “Tuviste vómitos y nauseas muy severos” con una frecuencia de 35 casos; en tercer lugar, “Aumentaron las discusiones serias o peleas con tu marido/pareja” con una frecuencia de 34 casos; en cuarto lugar, “Te mudaste” con una frecuencia de 30 casos; y en último lugar encontramos el ítem “Vos no estabas contenta de estar embarazada” con una frecuencia de 28 casos (Tabla 16).

Al separar los grupos, se observó que las mujeres atendidas en el Hospital Español vivenciaron entre 0 y 8 eventos estresantes durante su embarazo, mientras que las madres atendidas en el Hospital Lagomaggiore señalaron haber vivido entre 1 y 23 eventos estresantes a lo largo de la gestación.

Tabla 14: Estadísticos descriptivos de la variable *grado de estrés* según grupos de madres del Hospital Español, Hospital Lagomaggiore y total de la muestra

		Grado de estrés
Grupo de Hospital Español N=30	Media	18,43
	Desviación estándar	16,89
Grupo de Hospital Lagomaggiore N=73	Media	57,28
	Desviación estándar	35,69
Total N=103	Media	42,04
	Desviación estándar	35,98

Tabla 15: Frecuencias de la variable *nivel de estrés* según grupos del Hospital Español, Hospital Lagomaggiore y total de la muestra

		Frecuencia	Porcentaje
Grupo de Hospital Español N=30	Nivel bajo de estrés	17	56,7%
	Nivel medio de estrés	13	43,3%
	Nivel alto de estrés	0	0%
Grupo de Hospital Lagomaggiore N=73	Nivel bajo de estrés	9	12,3%
	Nivel medio de estrés	38	52,1%
	Nivel alto de estrés	26	35,6%
Total N=103	Nivel bajo de estrés	26	25,2%
	Nivel medio de estrés	51	49,6%
	Nivel alto de estrés	26	25,2%

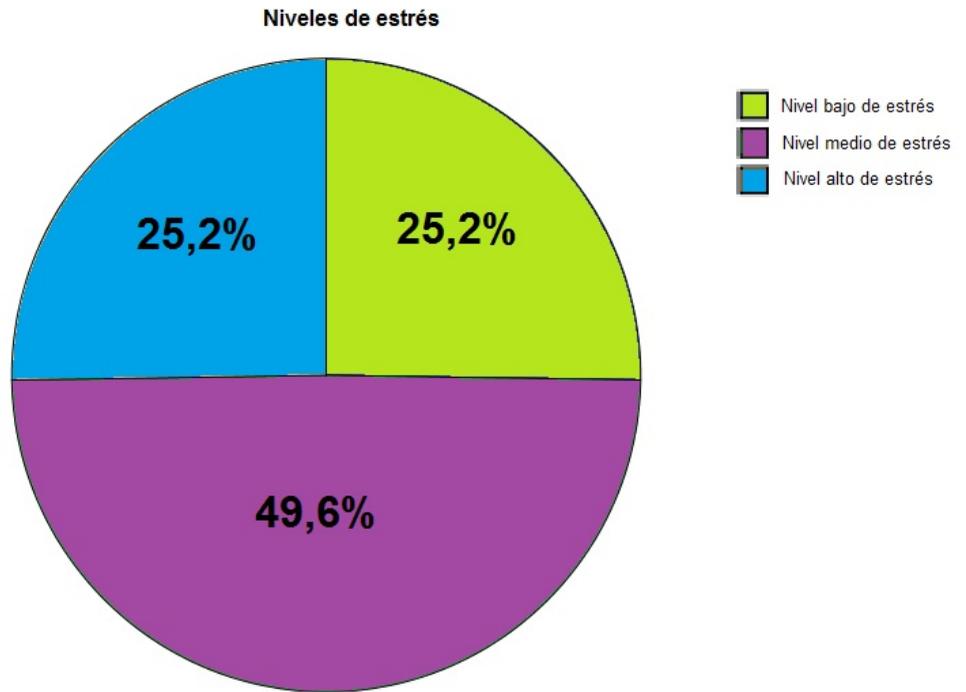


Figura 3: Gráfico de torta: Niveles de estrés en el total de la muestra (n=103)

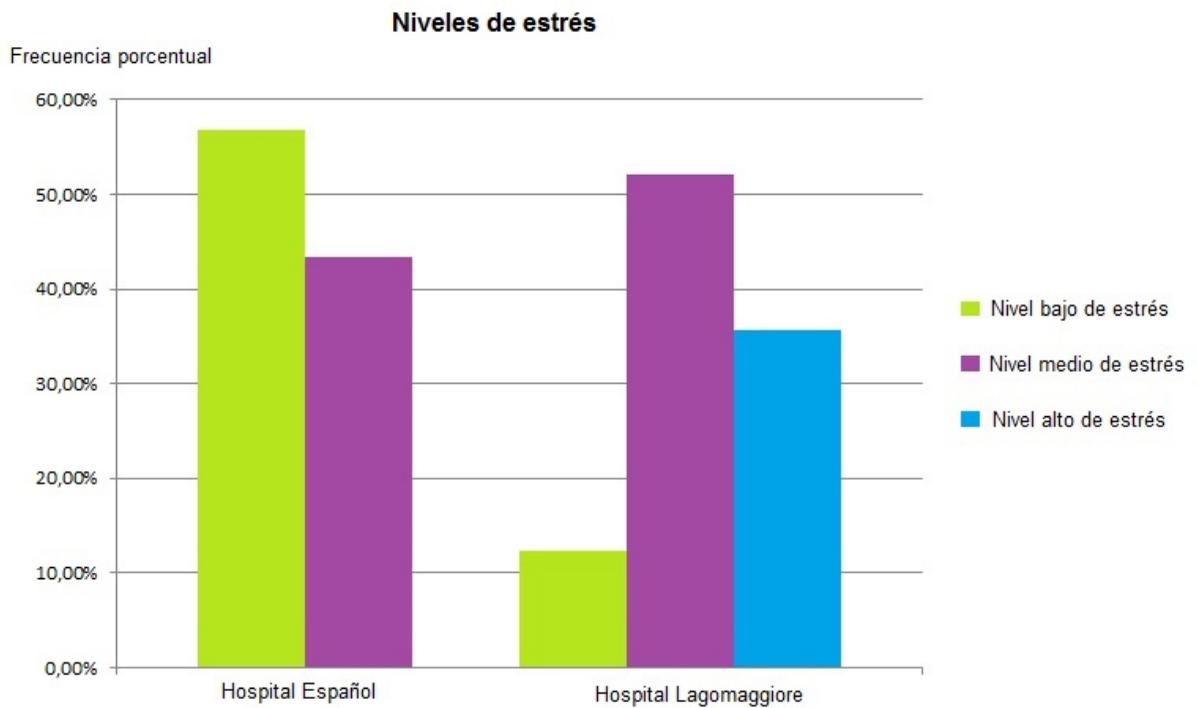


Figura 4: Gráfico de barras: Niveles de estrés en cada grupo de la muestra

Tabla 16: Frecuencias de la variable *eventos estresantes mayormente vivenciados* según grupos de madres del Hospital Español, Hospital Lagomaggiore y total de la muestra

	Frecuencia
1. “No te sentiste físicamente bien durante largos períodos del embarazo”	41
2. “Tuviste vómitos y náuseas muy severos”	35
3. “Aumentaron las discusiones serias o peleas con tu marido/pareja”	34
4. “Te mudaste”	30
5. “Vos no estabas contenta de estar embarazada”	28

2.5. Descripción del apoyo social percibido por las madres durante el embarazo

Haciendo referencia al tercer objetivo específico de este estudio se llevó a cabo el análisis de datos obtenidos a partir de Inventario de Interacción y Apoyo social. Se puntuó cada opción de respuesta de la siguiente manera:

- “Muy seguido” = 5 puntos.
- “Seguido” = 4 puntos.
- “A veces” = 3 puntos.
- “Pocas veces” = 2 puntos.
- “Nunca” = 1 punto.

De esta forma se pudo obtener una media muestral de 3,39 (DE=0,75) puntos, por lo cual se puede inferir que las mujeres de esta muestra solo “a veces” se sienten apoyadas socialmente con un puntaje mínimo de 1,40 y un puntaje máximo de 4,6.

Sin embargo, al segmentar la muestra encontramos que las madres atendidas en el Hospital Español obtuvieron una media de 3,87 (DE=0,57) puntos, lo cual señala que, aunque de forma marginal, estas mujeres percibieron un mayor apoyo social durante su embarazo ya que se sintieron apoyadas frecuentemente. El puntaje mínimo obtenido por estas mujeres fue de 2,4 y el puntaje máximo, de 4,6. Mientras que las madres atendidas en el Hospital

Lagomaggiore obtuvieron una media de 3,19 (DE=0,74) puntos; este puntaje señala claramente que estas mujeres se sintieron apoyadas solo “a veces”, con puntajes que oscilaban entre 1,4 y 4,6.

Tabla 17: Estadísticos descriptivos de la variable *apoyo social percibido* según grupos de madres del Hospital Español, Hospital Lagomaggiore y total de la muestra

		Puntaje de apoyo social percibido
Grupo de Hospital Español N=30	Media	3,87
	Desviación estándar	0,57
	Mínimo	2,4
	Máximo	4,6
Grupo de Hospital Lagomaggiore N=73	Media	3,19
	Desviación estándar	0,74
	Mínimo	1,4
	Máximo	4,6
Total N=103	Media	3,39
	Desviación estándar	0,75
	Mínimo	1,4
	Máximo	4,6

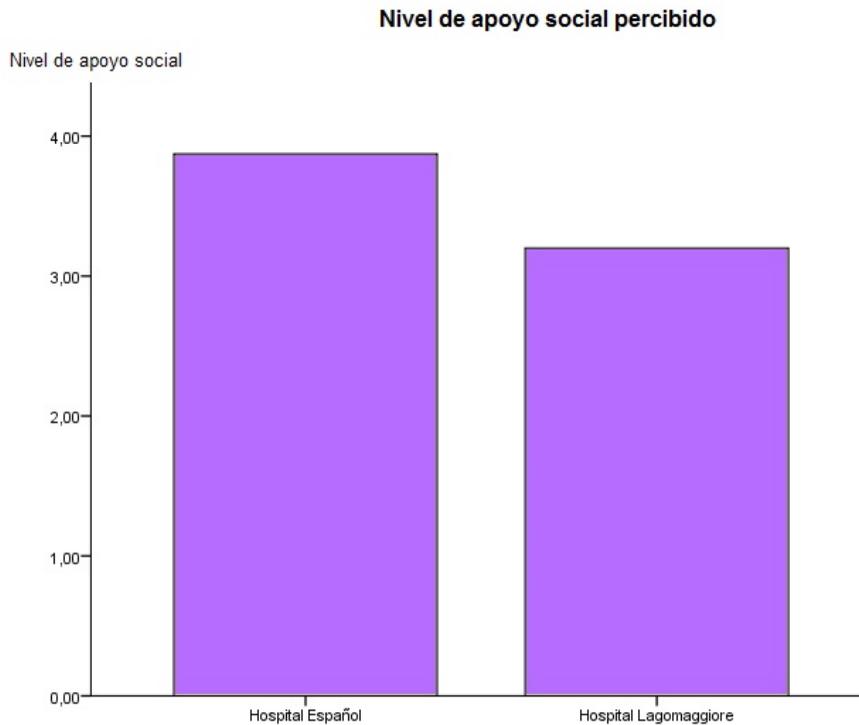


Figura 5: Gráfico de barras: Niveles de apoyo social percibido por cada grupo de la muestra

2.6. Descripción del Estado-Ansiedad de las madres 48 horas después del parto

Durante este apartado se hará referencia al cuarto y último objetivo específico de este estudio, es decir, aquel que busca describir el estado-ansiedad que presentan las participantes durante las 48 horas posteriores al parto.

Debido a que no se cuentan con baremos locales del Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 2002), se procedió a establecer una distribución percentilar intramuestra que más tarde se comparará con los baremos presentados en la 6ª edición del Manual STAI (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 2002).

La distribución percentilar para la muestra de este estudio (n=103) reveló que al percentil 25 le corresponden 8 puntos; al percentil 50, 13 puntos y al percentil 75, 22 puntos. Entonces de la misma forma que se hizo anteriormente podemos inferir las siguientes categorías:

- *Estado de ansiedad alto: 22 o más puntos.*
- *Estado de ansiedad medio: entre 9 y 21 puntos.*
- *Estado de ansiedad bajo: de 0 a 8 puntos.*

Teniendo en cuenta esta categorización y que la media del total de la muestra fue de 15,36 (DE=9,95) puntos podemos inferir que en general las mujeres poseen un estado de ansiedad óptimo, las obtuvieron puntajes que oscilan entre un mínimo de 1 y un máximo de 54 (Tabla 18). Sin embargo podemos diferenciar que 26 (25,2%) mujeres presentaron un estado de ansiedad bajo; 48 (46,6%) mujeres presentaron un estado de ansiedad medio y 29 (28,2%) presentaron un estado de ansiedad alto (Tabla 19).

Cuando segregamos la muestra de acuerdo al hospital en que las madres fueron atendidas encontramos que las mujeres en el Hospital Español obtuvieron entre 2 y 32 puntos con un promedio de 11,53 (DE=7,85) puntos, mientras que las mujeres en el Hospital Lagomaggiore obtuvieron un puntaje mínimo de 1 punto y un puntaje máximo de 54 puntos, con una media de 16,93 (DE=10,34) puntos, lo cual indica que en ambos grupos se registró un estado ansiedad medio de forma general (Tabla 18). Aquí, las diferencias que encontramos radican en que de las 30 madres atendidas en el Hospital Español, 10 (33,3%) presentaron un bajo nivel de ansiedad-estado, 15 (50%), presentaron un nivel medio y 5 (16,7%) presentaron un nivel alto. Mientras que de las 73 mujeres atendidas en el Hospital Lagomaggiore, 16 (21,9%) presentaron un bajo nivel de ansiedad-estado; 33 (45,2%) presentaron un nivel medio y 24 (32,9%) presentaron un nivel alto (Tabla 19).

Tabla 18: Estadísticos descriptivos de la variable *puntajes ansiedad-estado* según grupos de madres del Hospital Español, Hospital Lagomaggiore y total de la muestra

		Puntaje Ansiedad-Estado
Grupo de Hospital Español N=30	Media	11,53
	Desviación estándar	7,85
	Mínimo	2
	Máximo	32
Grupo de Hospital Lagomaggiore N=73	Media	16,93
	Desviación estándar	10,34
	Mínimo	1
	Máximo	54
Total N=103	Media	15,36
	Desviación estándar	9,95
	Mínimo	1
	Máximo	54

Tabla 19: Frecuencias de la variable *nivel de ansiedad-estado* según grupos de madres del Hospital Español, Hospital Lagomaggiore y total de la muestra

		Frecuencia	Porcentaje
Grupo de Hospital Español N=30	Nivel de ansiedad bajo	10	33,3%
	Nivel de ansiedad medio	15	50%
	Nivel de ansiedad alto	5	16,7%
Grupo de Hospital Lagomaggiore N=73	Nivel de ansiedad bajo	16	21,9%
	Nivel de ansiedad medio	33	45,2%
	Nivel de ansiedad alto	24	32,9%
Total N=103	Nivel de ansiedad bajo	26	25,2%
	Nivel de ansiedad medio	48	46,6%
	Nivel de ansiedad alto	29	28,2%

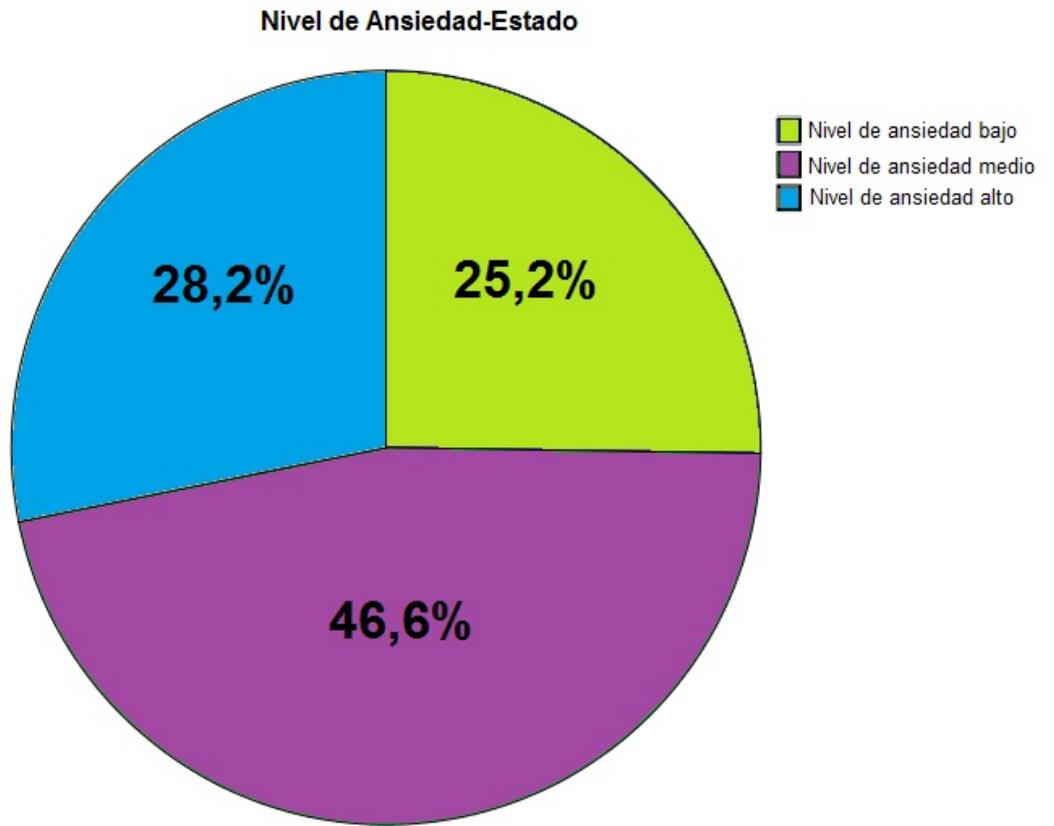


Figura 6: *Grafico de torta:* Niveles de Ansiedad-Estado en el total de la muestra (n=103)

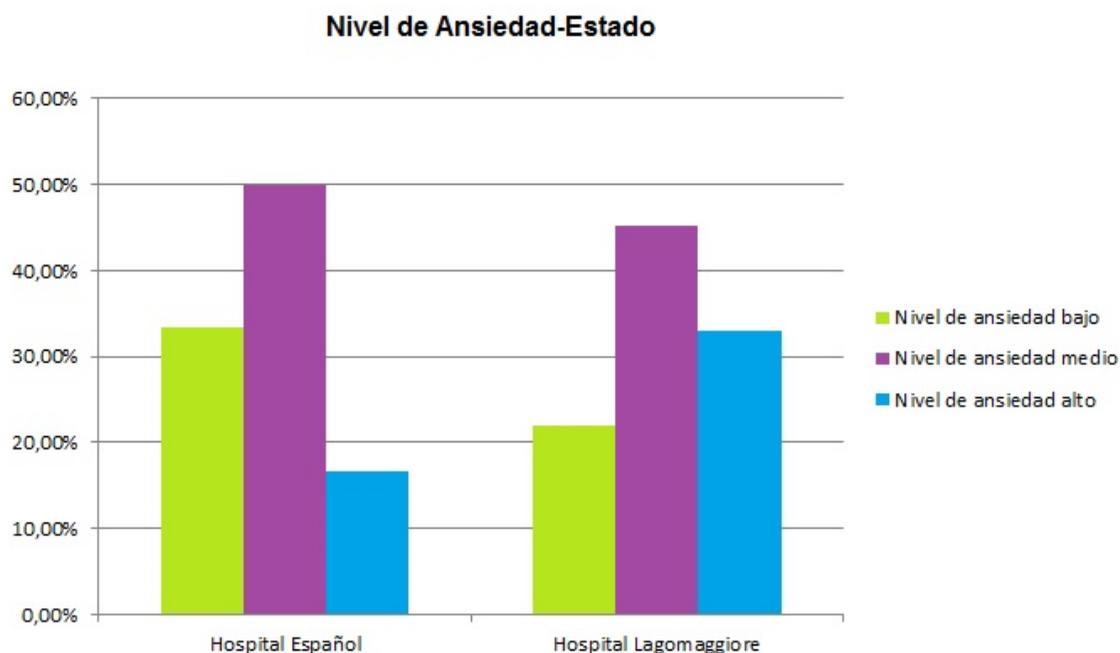


Figura 7: Gráfico de barras: Niveles de Ansiedad-Estado en cada grupo de la muestra

3. Discusión de resultados

En el presente apartado se discutirán los resultados presentados anteriormente. Los mismos se evaluarán e interpretarán a la luz de los objetivos de investigación, del marco teórico de referencia y de los resultados de otras investigaciones concernientes a la temática.

Antes de dar lugar a la discusión, se considera fundamental destacar que en nuestro país las diferencias socioeconómicas existentes entre los usuarios de atención pública y los usuarios de atención privada en salud son realmente notorias, ya que se encuentran basadas sobre todo en el poder adquisitivo y el estrato social al que pertenecen los usuarios. De esta forma encontramos que

los Hospitales Públicos como lo es el Hospital Lagomaggiore, son financiados por el Estado otorgando servicios gratuitos a la mayor parte de la población, por lo que se observa que, por lo general sus recursos son escasos para la gran demanda que deben afrontar constantemente. Por su parte, los Hospitales Privados como lo es el Hospital Español funciona como una empresa privada que busca consumidores de salud que, mientras mayor sea su aporte económico, mejores serán las condiciones de atención. Aquí también juegan un importante papel las Obras sociales y las empresas privadas de “Medicina Prepaga” (Arce, 1997).

3.1. Características personales de las participantes

El primero de los objetivos específicos consistía en caracterizar la muestra de participantes atendiendo a variables personales y contextuales. Para ello se utilizó una Escala de factores demográficos y socioeconómicos, con la cual se indagó entre otras características, la edad de las participantes que oscila entre 14 y 39 años, lo cual incluye embarazos adolescentes, considerados embarazos de riesgos en nuestro país (Weller, 2000) ya que se ha encontrado evidencia de tener mayores probabilidades de un nacimiento prematuro, padecer anemia o infecciones urinarias, retardo del crecimiento intrauterino, entre otros (Díaz, Sanhueza y Yaksic, 2002).

Sin embargo, la media de edad del total de la muestra ($M=25,81$; $DE=5,98$) se posicionó en una edad adulta. Esto mismo se observó en ambos hospitales, sin embargo encontramos edades superiores en Hospital Español ($M=29,83$; $DE=4,87$) en comparación con el Hospital Lagomaggiore ($M=25,81$; $DE=5,98$). Esto concuerda con lo postulado por los autores españoles Sánchez Bringas, Espinosa, Espinosa Islas, Ezcurdia y Torres (2004) quienes afirman que la población en edad reproductiva ha aumentado en detrimento a la población menor de 15 años y que las mujeres tienen menos hijos e inician la vida en pareja y la procreación a edades más avanzadas que generaciones anteriores. Empero, la realidad de nuestro país nos muestra que la diferencia de edad en las que las mujeres tienen hijos se ha incrementado, ya que los embarazos adolescentes han ido en aumento en los últimos años, al igual que los

embarazos a edades avanzadas. Cabe destacar que no se ha encontrado bibliografía científica que respalde estas tendencias pero si es posible observarlo cotidianamente.

Respecto a la Nacionalidad de estas mujeres encontramos que las únicas dos mujeres con nacionalidad no argentina (chilena) (1,9%), fueron atendidas en el Hospital Lagomaggiore. Nuestro país adscribe a la Declaración Universal de los Derechos Humanos por parte del Estado Argentino, asumiendo la obligación de respetar, en este caso el artículo 25 que establece que:

*Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la **asistencia médica** y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.*

La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

Además el artículo 2 de la ley nacional de salud pública 26.529 postula:

*“Derechos del paciente. Constituyen derechos esenciales en la relación entre el paciente y el o los profesionales de la salud, el o los agentes del seguro de salud, y cualquier efector de que se trate, los siguientes: a) Asistencia. El paciente, prioritariamente los niños, niñas y adolescentes, tiene derecho a ser asistido por los profesionales de la salud, **sin menoscabo y distinción alguna, producto de sus ideas, creencias religiosas, políticas, condición socioeconómica, raza, sexo, orientación sexual o cualquier otra condición**”*
(p. 1).

Así mismo la ley nacional 25.929 dicta en su artículo 2º:

Toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, tiene los siguientes derechos:

a) *A ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas.*

b) *A ser tratada con respeto, y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales.*

c) *A ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto.*

d) *Al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer.*

e) *A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales.*

f) *A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, salvo consentimiento manifestado por escrito bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.*

g) *A estar acompañada, por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto.*

h) *A tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales.*

i) *A ser informada, desde el embarazo, sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar.*

j) *A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de sí misma y del niño o niña.*

k) *A ser informada específicamente sobre los efectos adversos del tabaco, el alcohol y las drogas sobre el niño o niña y ella misma.*

Aquí cabe destacar que el apartado *f* se respetó, siendo aprobado el proyecto de investigación por el Comité de Bioética de cada uno de los hospitales y pidiendo consentimiento informado por escrito a cada una de las participantes.

Respecto al peso y talla de las participantes se encontraron parámetros esperables en el total de la muestra ($M=61,58$; $DE=11,96$) teniendo en cuenta el

periodo de puerperio temprano que transitan estas mujeres y su talla promedio ($M=159$; $DE=15,84$) (Zonana-Nacach; Baldenebro-Preciado y Ruiz-Dorado, 2010). Un patrón similar se observó al analizar los grupos por separados, aunque con pequeñas diferencias ya que las participantes del Hospital Español tuvieron un peso promedio de 58,68 kg ($DE=9,77$) con una talla media de 164,4 cm ($DE=5,71$); mientras que en las mujeres atendidas en el Hospital Lagomaggiore se observó un peso promedio de 62,77 kg ($DE=12,62$) con una talla media de 159,94 cm ($DE=15,84$).

Teniendo en cuenta la cantidad de hijos que tenían las mujeres participantes al momento del estudio se observó que el total de las mismas tenían entre 1 y 8 hijos. Sin embargo, el 40,8% de ellas tenían solo 1 hijo y el 33% tenían 2 hijos, es decir, más del 73% de la muestra refirió tener hasta 2 hijos solamente, lo cual concuerda con lo planeado por Irma Arriagada (2002) respecto a que el tamaño medio de la familia se ha reducido por la disminución del número de hijos y un mayor espaciamiento entre ellos en los países Latinoamericanos.

No obstante es importante destacar que las mujeres atendidas en el Hospital Español refirieron ser madres de 1 a 5 hijos, mientras que en el Hospital Lagomaggiore se encontraron madres de hasta 8 niños. Este aspecto también puede hacer referencia a diferencias socioeconómicas ya que se ha encontrado que las familias con menos recursos económicos suelen tener mayor cantidad de hijos (CEPAL, 2001).

Otros de los datos que se indagó, se relaciona con los abortos que hayan podido sufrir las participantes, previos al estudio. Se entiende por aborto la interrupción del desarrollo de un feto durante el embarazo, de forma natural o provocada según la Real Academia Española. Del total de las participantes 22 (21,4%) refirieron haber sufrido uno a más abortos previamente. Cabe destacar que no se indagó si los mismos habían sido espontáneos o provocados, ya que en el caso de haber sido provocado se lo considera una práctica clandestina en nuestro país. Quiroga de Michelena, et al. (2007) afirman que el aborto espontáneo se presenta entre el 10% y el 15% de las gestaciones reconocidas clínicamente; mientras que Pantelides, Fernández, Manzelli, Gianni y Gaudio

(2006), citados en Zamberlin (2007) sostienen que en Argentina se practican alrededor de 460.000 abortos inducidos por año. Es interesante observar las diferencias respecto a esta temática entre las participantes de ambos hospitales ya que vemos que en el Hospital Español 3 mujeres (10%) afirmaron haber sufrido abortos con anterioridad mientras que esta cifra asciende a 19 (26%) en el Hospital Lagomaggiore.

En cuanto a los intentos de abortos realizados intencionalmente por parte de las participantes para con su último embarazo, encontramos que 3 (2,9%) mujeres del total, intentaron realizarse un aborto; todas atendidas en el Hospital Lagomaggiore. Es importante destacar que estos intentos fueron infructuosos y que los niños nacieron sin ningún tipo de problemática.

Zamberlin (2007) afirma que:

En la Argentina existe un mercado de servicios de aborto extendido, diversificado y segmentado. [...] Los sectores medios y altos acceden a abortos clandestinos realizados por médicos en consultorios o clínicas privadas, donde se practican abortos por aspiración o legrados y se cuenta con todos los medios necesarios para garantizar su asepsia y seguridad (ecografía, quirófano, material descartable, anestesiista). Las mujeres de sectores pobres recurren con frecuencia a prácticas riesgosas, como la autocolocación de sondas o tallos de perejil, prácticas de personas no idóneas, o a la ingesta/aplicación de diferentes sustancias (p. 4)

En relación a las causas por las que una mujer puede intentar practicarse un aborto Petracci (2007) enumera: dificultades económicas, problemas familiares y/o de pareja, embarazos adolescentes, etc.

Respecto a las enfermedades de salud encontramos que 18 (17,5%) mujeres del total de las participantes afirmaron tener algún problema de salud, 8 de ellas pertenecientes al Hospital Español y 10, pertenecientes al Hospital Lagomaggiore. Entre las patologías referidas encontramos constipación y colon irritable, las cuales suelen agravarse en el periodo con el progreso de la gestación, debido a la acción de la progesterona y al enlentecimiento del tránsito intestinal (Herrero, et al, 2001). También se encontraron pacientes con hipotiroidismo, lo cual es esperable en un área iodo insuficiente como lo es la

provincia de Mendoza. Esta deficiencia de la hormona tiroidea puede provocar cambios en el comportamiento y disminución de las capacidades cognitivas de la madre y afectar gravemente el desarrollo del feto (Ricarddi, 2009) y a pesar de ser considerada una problemática de riesgo para el embarazo por ser una enfermedad autoinmune (Macchia y Sánchez-Flórez, 2007) en ninguno de los dos hospitales se categorizó a los embarazos de estas participantes como embarazos de riesgo. Además también se pudieron observar otras patologías como gastritis crónica, artritis reumatoidea juvenil, asma, hipoglucemia y diferentes alergias.

Respecto a enfermedades inducidas por el embarazo se encontró que 8 (7,8%) participantes manifestaron padecer preeclampsia. De ellas 1 (3,3%) fue atendida en el Hospital Español y 7 (9,6%) fueron atendidas en el Hospital Lagomaggiore. La preeclampsia es una enfermedad hipertensiva que aparece después de las 20 semanas de gestación y que se acompaña de proteinuria significativa. Es una enfermedad exclusiva del embarazo humano, con predisposición familiar, de herencia principalmente de tipo recesiva y puede ocasionar graves consecuencias maternas y perinatales (Pacheco, 2006). Esta patología afecta, en Argentina entre el 5% y el 10% de todas las embarazadas complicando al 30% de las gestaciones múltiples, 30% de los embarazos en mujeres diabéticas, y 20% de las gestaciones en mujeres con hipertensión crónica. Además es una de las principales causas de morbilidad materna y perinatal mundial; siendo responsable de 200.000 muertes maternas por año en el mundo (Martel, Ovejero, Gorosito, 2012).

Como se aclaró en el apartado anterior respecto a la medicación durante la gestación, solo se encontró registro de la administrada a las participantes del Hospital Español. Mientras que no se registró medicación administrada a las mujeres del Hospital Lagomaggiore durante su embarazo. Esto puede dar lugar a un llamado de atención acerca del registro de información en los hospitales públicos de nuestra provincia y su importancia en el seguimiento de los embarazos, en este caso.

Las variables de hábitos de consumo de ciertas sustancias psicoactivas durante la gestación por parte de las participantes mostraron que 13 (12,6%)

mujeres reconocieron haber fumado durante el periodo de gestación, hasta 10 cigarrillos por día. De ellas 3 (10%) fueron atendidas en el Hospital Español y 10 (13,7%) en el Hospital Lagomaggiore. Según Javier Mallol V., et al. (2007) el 28% de las mujeres gestantes fuman, tanto en niveles socioeconómicos bajos como altos. Entre los efectos negativos de esta sustancia durante este periodo crítico encontramos una disminución del aporte de nutrientes y oxígeno para el feto, ya que la nicotina es un vasoconstrictor placentario que reduce el flujo sanguíneo intravelloso. Además, la placenta de madres fumadoras suele ser más pequeña, tienen mayor incidencia de infartos y demuestran con mayor frecuencia signos de perfusión inadecuada, revelando el profundo efecto vascular de los derivados del tabaco (Walsh, 1994).

También se realizó a las participantes esta misma pregunta pero en relación al consumo de alcohol. 9 (8,7%) de las 103 participantes afirmaron haber bebido de 1 a 5 vasos de bebidas alcohólicas por semana. De ellas 2 (6,7%) fueron atendidas en el Hospital Español y 7 (9,6%) fueron atendidas en el Hospital Lagomaggiore. Este tipo de consumo de alcohol se considera moderado, sin embargo, la bibliografía consultada sostiene que el mismo provoca trastornos del desarrollo neurológico en el feto (Dano, et al, 2007) que puede resultar en problemas de comportamiento y atención, anomalías cardíacas, cambios en la forma de la cara, crecimiento deficiente antes y después del parto, problemas con el movimiento y el equilibrio, y tono muscular deficiente, dificultades del pensamiento y el habla, problemas de aprendizaje, entre otros (Obstretrix Medical Group, 2012).

3.2. Características demográficas y socioeconómicas de las participantes

Continuando con la discusión de aquellos datos que responden al primer objetivo de esta investigación se encuentran diversas características contextuales de las participantes. Entre ellas, el nivel educativo de estas mujeres. Al momento del estudio, del total de la muestra, 5 (4,9%) mujeres no habían terminado sus estudios primarios; 15 (14,6%) tenían la primaria completa; 24 (23,3%) tenían estudios secundarios incompletos; 16 (15,5%) tenían estudios secundarios completos; 11 (10,7%) tenían estudios terciarios incompletos; 6 (5,8%) tenían estudios terciarios completos; 8 (7,8%) refirieron tener estudios

universitarios incompletos y finalmente, 18 (17,5%) mujeres contaban con estudios universitarios completos. Cabe destacar que 17 (16,5%) mujeres no completaron este ítem en la encuesta.

Al diferenciar estos datos según los grupos de los diferentes hospitales se obtuvo que en el Hospital Español solo 1 (3,3%) mujer no había terminado la primaria al momento del estudio; 1 (3,3%) tenía solo estudios primarios completos; 1 (3,3%) mujer poseía estudios secundarios incompletos; 2 (6,7%) mujeres habían completado hasta sus estudios secundarios; 2 (6,7%) habían comenzado estudios terciarios y 7 (23,3%) personas sí los habían completado; 5 (16,7%) madres afirmaron tener estudios universitarios incompletos y 10 (33,3%), tener estudios universitarios completos. Solo 1 (3,3%) mujer no respondió a este ítem.

Por su parte, 5 (6,8%) madres atendidas en el Hospital Lagomaggiore no tenían sus estudios primarios completos hasta ese momento; 10 (13,7%) si habían completado sus estudios primarios; 20 (27,4%) mujeres tenían estudios secundarios incompletos y 14 (19,2%), estudios secundarios completos; 3 (4,1%) madres poseían estudios terciarios incompletos y 4 (5,5%) estudios terciarios completos; finalmente solo 1 (1,4%) mujer había comenzado sus estudios universitarios, hasta el momento incompletos. En este hospital, 16 (21,9%) participantes no respondieron a esta pregunta.

Hobcraft y Kiernan (2001), sostienen que las mujeres con menor escolaridad son las que inician su ciclo reproductivo más tempranamente y tienen las mayores tasas de fecundidad. Entonces, estos datos podrían relacionarse, en futuros estudios, con los obtenidos anteriormente respecto a la cantidad de hijos de las participantes. Además, José Saturnino Martínez García (2008) sostiene, desde España, que, de aquellas mujeres que son madres antes de los 20 años, apenas una de cada cinco, supera el nivel de estudios equivalente a educación general básica (EGB); y que el nivel de estudios de la madre influye claramente en que los hijos cursen o no estudios postobligatorios.

A aquellas 24 (23,3%) participantes que señalaron haber finalizado sus estudios superiores, Carlota Solé y Sònia Parella (2004) las llamaría mujeres

profesionalmente “exitosas”. Las mismas son el resultado y a la vez el motor de condicionantes económicos, sociales y culturales, que sitúan a estas mujeres como agentes activos de transformación del sentido de la maternidad en nuestros días. Estas prácticas rompen con el modelo de la maternidad intensiva y se encaminan hacia formas de maternidad compartida y menos presencial, sin embargo, el peso del imaginario de la maternidad intensiva puede generar frustración y ambivalencia en estas mujeres si no están dispuestas a ver menguar su carrera profesional; pero que, al mismo tiempo, les gustaría poder dedicar mayor atención a sus hijos.

Respecto a la actividad laboral se encontró que 27 (26,6%) mujeres del total se encontraban empleadas, de las cuales 19 pertenecían al Hospital Español y 8, al Hospital Lagomaggiore. Justamente, uno de los ambientes y actividad en los cuales existe una mayor probabilidad de ocurrencia de respuestas de estrés en límites no adaptativos es el ámbito laboral (Marrero, Aguilera y Aldrete, 2008). Respecto a ello, Karesek (2008) citado en Marrero, Aguilera y Aldrete, (2008) presenta un modelo que:

“...plantea que el estrés o tensión laboral se produce por la combinación de dos elementos fundamentales en las apreciaciones de los trabajadores sobre su actividad laboral: las altas demandas y la baja posibilidad de ejercer control, entendiéndose éste como la posibilidad de poner en práctica y desarrollar sus habilidades, y la autonomía que la organización del trabajo le permite de tomar decisiones y poner en práctica su iniciativa sobre las condiciones y el proceso del trabajo por parte del trabajador. La combinación de altas o bajas demandas y alto o bajo control determinan cuatro tipos de trabajos posibles, de alta tensión (altas demandas y bajo control), activos (altas demandas y alto control), baja tensión (bajas demandas y alto control) y pasivos (bajas demandas y bajo control)” (p. 201).

Los resultados de este mismo estudio plantean que la actividad laboral genera importantes tensiones debido a las demandas exigidas en mujeres embarazadas, aumentando las probabilidades de que las mismas sufran episodios de estrés que acarreen graves consecuencias negativas para el normal desarrollo de la gestación.

En cuanto al estado civil de estas mujeres, se encontró que 78 (75,7%) estaban casadas o convivían con su pareja; 7 (6,8%) tenían pareja estable pero vivían en casas diferentes, 14 (13,6%) participantes se encontraban solteras al momento del parto; 2 (1,9%) mujeres estaban divorciadas o separadas y otras 2 (1,9%) se encontraban en otro tipo de relación.

Por un lado, las participantes del Hospital Español, 28 (93,3%) estaban casadas o conviviendo con su pareja; 1 (3,3%) se encontraba en una relación estable pero viviendo separada de su pareja y solo 1 (3,3%) estaba soltera. Mientras que de las mujeres del Hospital Lagomaggiore, 50 (68,5%) estaban casadas o conviviendo con su pareja, 6 (8,2%) tenían una relación estable pero viviendo separadas de su pareja; 13 (17,8%) estaban solteras; 2 (2,7%) estaban separadas o divorciadas y otras 2 (2,7%) afirmaron estar en otro tipo de relación.

Podemos ver entonces un predominio de familia tradicional en ambos grupos, especialmente en el grupo de madres del Hospital Español. Ya en el Hospital Lagomaggiore se pueden observar formas alternativas de familia. Sin embargo, Castro Martín, 2002 sostiene que si bien en los países latinoamericanos, las uniones consensuales difieren de los matrimonios en cuanto a estabilidad y garantías legales, constituyen un contexto socialmente aceptado para tener y criar hijos. Por lo tanto esto no es un condicionante relevante para el comportamiento reproductivo de las mujeres latinoamericanas.

De las parejas mencionadas 7 se encontraban desempleadas al momento del estudio, 1 de ellas era pareja de una de las participantes del Hospital Español, mientras que las 6 restantes eran parejas de madres del Hospital Lagomaggiore. Esto es preocupante sobre todo por el nacimiento del nuevo miembro de la familia y por tanto el aumento considerable de gastos.

Afortunadamente, 37 (35,9%) participantes afirmaron tener una fuente extra de ingresos como puede ser la Asignación universal por hijo, Asignación por embarazo, ayuda económica por parte de los padres de las mujeres; Pensión por discapacidad, etc. Estas asignaciones son mecanismos de protección del estado consistentes en programas focalizados hacia los sectores de menores ingresos y mayor vulnerabilidad (Bayón, 2004). Es por ello que son esperables

los resultados obtenidos referentes a que de estas 37 familias que reciben una fuente extra de ingresos, 35 fueron atendidas en el Hospital Lagomaggiore y 2, en el Hospital Español.

Respecto al tipo de vivienda de las participantes, se encontró que del total de la muestra, 31 (30,1%) mujeres tenían casas propias; 29 (28,2%) alquilaban el inmueble donde vivían; 22 (21,4%) sido vivían en algún lugar que se les había prestado, y 21 (20,4%) afirmaron tener otro tipo de vivienda como puede ser: vivir en la casa de padres, abuelos o familia política. Estos datos, segmentados según los grupos de madres de cada Hospital arrojaron que 9 (30%) familias atendidas en el Hospital Español poseían casa propia; 12 (40%), alquilaban; 5 (16,7%) vivían en una casa prestada y 4 (13,3%) señalaron vivir en otra situación. Así mismo, de las 73 familias atendidas en el Hospital Lagomaggiore, 22 (30,1%), tenían casa propia; 17 (23,3%) alquilaban; otras 17 (23,3%) vivían en una casa prestada y otras 17 (23,3%) señalaron vivir en otra situación.

Esto también es un indicador socioeconómico importante ya que, si bien el Estado ha generado y genera programas para facilitar el acceso a casas propias, el 69,9% de las familias participantes de este estudio todavía no han podido obtenerlas. Esto se observa de igual manera en ambos grupos.

3.3. Características del parto y del neonato

Para finalizar la discusión de los resultados orientados hacia el primero de los objetivos, se debatirá a cerca de las características del parto y del recién nacido.

Se registraron 70 (68%) partos vaginales frente a 33 (32%) partos por cesárea. De los 30 partos atendidos en el Hospital Español, 15 (50%) fueron partos vaginales y 15 (50%) fueron por cesárea; mientras que de los 73 partos atendidos en el Hospital Lagomaggiore, 55 (75,3%) fueron partos vaginales, frente a 18 (24,6%) partos por cesárea.

Respecto a ello es importante destacar que la OMS sostiene que en ninguna región la tasa de cesaría debería superar el 15% de los partos. Esto se debe a que en las últimas décadas la atención del embarazo y del parto se ha

institucionalizado y medicalizado de manera alarmante (Johanson, Newburn, y Macfarlane, 2002) Según la bibliografía consultada, los principales motivos del aumento de partos por cesáreas residen en factores económicos, percepciones culturales acerca de esta operación, elección de las madres, falta de información adecuada por parte de las familias, comodidad de los médicos en la programación de la operación, etc. (Chipkin, 2014).

Los datos obtenidos respecto a los diferentes grupos estudiados concuerdan con lo propuesto por Suárez-López, et al. (2013). Estos autores sostienen que entre los años 2000 y 2012, en el sector privado el aumento de partos por cesárea fue de un 60,4%; en tanto que en el sector público este cambio fue de 33.7%. Además, este tipo de intervención suele realizarse más frecuentemente en mujeres menores de 20 años y mayores de 34 años (Monterrosa-Castro y Arias-Martínez, 2007); provenientes de zonas urbanas, con niveles educativos y socioeconómicos altos (García-Vazquez; Moncayo Cuagliotti y Sánchez Trocino, 2012).

En 86 (83,5%) partos se registró el uso de medicamentos tales como anestesia, antibióticos, oxitocinas, diclofenac, ranitidina y reliberan. De estas participantes 14 fueron atendidas en el Hospital Español y 72 en el Hospital Lagomaggiore. Este tipo de fármacos ayudan a estimular las contracciones, reducir el riesgo de infecciones, disminuir el dolor de la madre y evitar cuadros de vómitos. (Gonzalez-Merlo, Laila Vicens, Fabre Gonzalez, Gonzalez Bosquet, 2006).

Respecto a la edad gestacional de los niños nacidos al momento del estudio se encontró un mínimo de 37 semanas de gestación y un máximo de 42 semanas con una media de 39, 04 (DE=1,12). Con escasas diferencias entre los dos grupos de madres ya que el primer criterio de exclusión en la selección de la muestra consistía en que no podrían participar aquellas madres cuyos periodos de gestación hubiesen sido menores a las 37 semanas.

En este caso vemos que todos los embarazos se desarrollaron “a término”, es decir, entre los 266 y 294 días de gestación, siendo este periodo de

tiempo en el cual el nacimiento presenta el menor riesgo para el niño (Gonzalez-Merlo, et al., 2006).

Por otro lado, se observaron escasas diferencias entre los sexos de los recién nacidos ya que del total nacieron 55 (55,3%) varones y 46 (44,7%) mujeres. De los 55 varones, 15 (50%) nacieron en el Hospital Español y 42 (57,5%) en el Hospital Lagomaggiore; mientras que de las 46 niñas, 15 (50%) nacieron en el primero y 31 (42,5%), en el segundo.

La presentación fetal fue, en su gran mayoría, óptima (Bueno-López, Terré-Rull, Casellas-Caro y Fuentelsaz-Gallego, 2015) ya que 101 (98,05%) bebés se posicionaron de cabeza al nacer.

El peso de los recién nacidos osciló entre un mínimo de 2330,00 gramos y un máximo de 4370,00 gramos, determinando un promedio de 3335,53 gramos (DE=407,39). Aquellos que nacieron en el Hospital Español tuvieron un peso promedio de 3191,83 gramos (DE=311,05); mientras que en los bebés nacidos en el Hospital Lagomaggiore se registró un peso promedio de 3394,56 gramos (DE=428,96). Es posible observar que algunos niños tuvieron bajo peso al nacer, considerando como peso óptimo 2,500 gramos (Belizán, Nardín, Carroli y Campodónicoz, 1989). Sin embargo, la mayor parte de los recién nacidos tuvieron un peso esperable en ambos grupos estudiados.

De forma similar las medidas de talla, pulso y puntajes Apgar de comportaron de forma esperable en los hijos de las participantes de ambos grupos.

3.4. Descripción de los eventos estresantes y grado de estrés vivenciado durante el embarazo

El segundo de los objetivos específicos de este trabajo buscaba describir el tipo y frecuencia de aparición de eventos estresantes que vivencian estas mujeres mendocinas durante su embarazo, así como también el grado de estrés que los mismos generan. Para ello se utilizó un Inventario de Eventos Estresantes que permitió arribar a los siguientes resultados: del total de la muestra, 26 (25,2%) mujeres presentaron un nivel de estrés bajo durante su

embarazo; 51 (49,5%) presentaron un nivel medio de estrés y las 26 (25,2%) mujeres restantes presentaron un nivel alto de estrés. Esta evidencia no concuerda con lo expuesto por Eliana Coneo Saavedra (2015) quien afirma que, según datos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, entre un 30% y 50% de las mujeres embarazadas sufre de niveles significativos de estrés.

Se puede inferir, entonces que la mayoría de las participantes, han vivido episodios de estrés como respuestas adaptativas frente a las situaciones amenazantes vividas durante la gestación lo que les ha permitido mantener la homeóstasis de su organismo (Cruz, 2014).

Respecto a la diferenciación por grupos según cada hospital, encontramos que las madres atendidas en el Hospital Español obtuvieron una media de 18,43 puntos (DE=16,89) posicionándose, grupalmente, dentro de la categoría de estrés medio, pero solo marginalmente. De este grupo solo se encontró que las participantes experimentaron niveles bajos y medios de estrés; sin llegar en ningún momento a niveles altos. Por su parte, las mujeres atendidas en el Hospital Lagomaggiore obtuvieron un puntaje promedio de 57,28 puntos (DE=35,69) de lo que se infiere que también vivieron, en general, un grado medio de estrés durante su embarazo. Sin embargo, el 12,3% de ellas obtuvo un puntaje bajo; el 52,1%, obtuvo un puntaje medio y el 35,6% obtuvo valores altos; lo cual abre interrogantes acerca de las relaciones existentes entre la vivencia de mayores niveles de estrés durante el embarazo y el nivel socioeconómico de las madres en nuestra provincia.

En relación a la frecuencia de estos eventos estresantes, las mujeres vivieron entre 0 y 23 eventos estresantes durante el periodo de gestación. Solo 4 (3,8%) de los casos no se vivieron eventos estresantes. Al separar los grupos, se observó que las mujeres atendidas en el Hospital Español vivieron entre 0 y 8 eventos estresantes durante su embarazo, mientras que las madres atendidas en el Hospital Lagomaggiore señalaron haber vivido entre 1 y 23 eventos estresantes a lo largo de la gestación.

Entre los cinco eventos estresantes más frecuentes se encontraron:

1. “No te sentiste físicamente bien durante largos periodos del embarazo”.

2. “Tuviste vómitos y náuseas muy severos”.
3. “Aumentaron las discusiones serias o peleas con tu marido/pareja”.
4. “Te mudaste”.
5. “Vos no estabas contenta de estar embarazada”.

Solo alguno de estos datos concuerdan con los encontrados por Shereshevsky y Yarrow (1973), citados en Rocha Navia y Orellana Flores (2014) ya que los mismos sostienen que el 30% de los casos las mujeres embarazadas no vivenciaron eventos estresantes. Y señalan que los 5 estresores más frecuentes son:

1. “Preocupaciones financieras”.
2. “Insatisfacción del marido con su trabajo”.
3. “Sería desarmonía matrimonial”.
4. “Aislamiento de apoyos familiares por la distancia”.
5. “Conflicto entre los padres de la mujer o con ellos”.

Es decir, solo se encontraron coincidencias en relación a las dificultades de pareja, posicionándose en tercer lugar de ocurrencia en ambos estudios.

Se podría inferir que estas diferencias marcan no solo distinciones regionales sino diferencias generacionales importantes. Pero, a su vez, se debe considerar la importancia trascendental que le es otorgada a las relaciones de pareja, por las mujeres durante su embarazo. Lo cual se expondrá en el siguiente apartado.

3.5. Descripción del apoyo social percibido por las madres durante el embarazo

El tercer objetivo de este estudio nos llevaba a describir el grado de apoyo social percibido por las participantes a lo largo de la gestación. Por ello, a

partir del Inventario de Interacción y Apoyo Social se pudo conocer que estas mujeres solo “a veces” se sienten apoyadas socialmente ($M=3,39$; $DE=0,75$).

Al observar los resultados obtenidos a partir de la segmentación de los grupos se encontró que las madres atendidas en el Hospital Español obtuvieron una media de 3,87 ($DE=0,57$) puntos; mientras que las madres atendidas en el Hospital Lagomaggiore obtuvieron una media de 3,19 ($DE=0,74$) puntos. Por lo que ambos grupos refirieron sentirse apoyadas socialmente “a veces”.

Como se señaló anteriormente la percepción de ser apoyado socialmente es una experiencia grata y reconfortante para las personas, por lo cual se puede decir que la misma contribuye al bienestar del individuo y por lo tanto a un mejoramiento de su salud (Marrero Quevedo y Carballeira Abella, 2010). Y si el mismo se da durante la gestación, no solo se ve beneficiada la mujer sino también su futuro hijo ya que, según Campos et al. (2008), un mayor grado de apoyo social otorga a la madre sentimientos de sostén, menor estrés y menor ansiedad en relación al embarazo; así como también se asocia a un mayor peso del niño al momento del nacimiento.

Bensaja Dei Schiro, García Días, Neiva-Silva, Nieto y Koller (2012) afirman que la madre y la pareja son señalados como las principales figuras de apoyo por la mujer gestante. Por su parte, Rojas, Albano, Llanos, Decanio y Trías (2009), encontraron que la ausencia de la es pareja uno de los disparadores de síntomas depresivos en el grupo de gestantes estudiado, agudizándose el malestar cuando la mujer se encuentra en situación de pobreza. Estos autores concuerdan con que, de los factores protectores, el apoyo social fue el que mostró una presencia y un comportamiento claramente importante para aminorar la aparición y severidad de síntomas depresivos y ansiosos.

Chávez-Courtois et al. (2008) llevaron a cabo un estudio en Estados Unidos en el cual buscaban conocer más y minimizar las probabilidades de que las futuras madres sufrieran depresión postparto. Para ello implementaron el curso “Mamás y bebés, construyendo una realidad saludable” basado en el apoyo que las mujeres podían brindarse entre sí. Como resultado observaron que la integración grupal permitió que las mujeres reivindicaran sus objetivos de

vida, de maternidad, de salud mental y proponerse nuevos proyectos. Además, con el simple hecho de ser un espacio de expresión, se modificó el estado de ánimo.

3.6. Descripción del Estado-Ansiedad de las madres 48 horas después del parto

El cuarto y último objetivo de este estudio buscaba describir el estado de ansiedad que presentaba esta muestra mujeres dentro de las 48 horas posteriores al parto. Para ello se utilizó el Cuestionario de Ansiedad – Estado del Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI). A partir de los resultados de este cuestionario se pudo observar que 26 (25,2%) mujeres presentaron un estado de ansiedad bajo; 48 (46,6%) mujeres presentaron un estado de ansiedad medio y 29 (28,2%) presentaron un estado de ansiedad alto. La media del total de la muestra fue de 15,36 (DE=9,95) puntos.

Resultados similares se observaron al diferenciar los grupos de mujeres, ya que las madres atendidas en el Hospital Español obtuvieron un promedio de 11,53 (DE=7,85), mientras que las madres atendidas en el Hospital Lagomaggiore obtuvieron una media de 16,93 (DE=10,34). Posicionándose ambos grupos en un nivel medio de ansiedad.

Estos datos pueden considerarse favorables ya que se puede inferir que el nivel general de ansiedad en las participantes era óptimo, ya que al encontrarse montos adecuados de ansiedad, la misma permite a las madres responder de forma adaptativa (Tonarelli, 2009) a las demandas de su nuevo rol.

Sin embargo, encontramos que el 28,8% del total de la muestra presenta niveles altos de ansiedad lo que concuerda con los resultados obtenidos por John R. Britton (2008), quien afirma que entre el 13% y el 31,7% de las mujeres parturientas sufren de ansiedad en el posparto inmediato.

Entre las posibles causas del aumento de los niveles de ansiedad durante este periodo se han encontrado: no tener pareja, insatisfacción con el apoyo social, presencia de sucesos estresantes, baja autoestima y sintomatología ansiosa y depresiva durante el embarazo (Navarrete, Lara-Catú,

Navarro, Gómez y Morales, 2012). Montos demasiados altos o bajos de ansiedad materna durante el puerperio pueden alterar el funcionamiento materno, afectando incluso la interacción entre madre e hijo (Grant, McMahon y Austin, 2008).

4. Conclusiones y propuestas

El presente trabajo aporta conocimiento científico sobre las características de las mujeres puérperas mendocinas, el grado de estrés y apoyo social percibido y los montos de estado de ansiedad durante sus periodos perinatales. Acerca de ello, podemos afirmar que el rango de edad materna puede ser muy amplio, pero en la muestra de este estudio fue entre 25 y 30 años de edad. Vemos que todas estas madres fueron tratadas de acuerdo a sus derechos constitucionales. En su mayoría su peso y talla era el adecuado.

Si bien la mayoría de las participantes no tenían más de 2 hijos, se encontraron casos de mujeres hasta con 8 hijos. Alguna de ellas había sufrido abortos con anterioridad y pocas mujeres afirmaron haber intentado realizarse un aborto durante el último embarazo. Afortunadamente solo una minoría de las participantes afirmó padecer enfermedades previas al embarazo y aún menos refirieron sufrir enfermedades asociadas al embarazo.

Por otro lado, la ausencia de registro de medicación durante la gestación en el hospital público en el que se trabajó es un dato alarmante ya que denota un escaso o dificultoso control prenatal de las participantes atendidas en el mismo. Se sugiere mayor indagación acerca de los registros en entidades públicas de salud para su posterior mejoramiento.

Respecto a los hábitos de consumo, si bien el porcentaje de mujeres que consumieron tabaco y alcohol durante la gestación no es alto, podría disminuirse aún más e incluso, intentar eliminarse. Para ello sería necesaria la implementación de políticas educativas respecto a la temática y un mayor control prenatal.

El nivel educativo de las participantes fue en general medio o bajo, con presuntas diferencias significativas entre las madres atendidas en el Hospital Español y las madres atendidas en el Hospital Lagomaggiore. Esto mismo se observó respecto al empleo de estas mujeres y su estado civil. Por lo que se anima a realizar futuras investigaciones respecto a las diferencias socioculturales y su influencia durante el embarazo en nuestra provincia.

Respecto a estos últimos datos se podría inferir que, si bien, los cambios en las configuraciones familiares en nuestra región han ido en aumento, gran parte de las familias participantes continúan ajustándose al modelo de familia convencional.

Afortunadamente, se registraron pocos casos de desempleo en las parejas de estas mujeres al momento de la realización del estudio y varios casos de ayuda económica por parte del Estado, sobre todo a las familias que fueron atendidas en el Hospital Lagomaggiore.

Sin embargo, se observó que solo un tercio de estas familias tenían casas propias, lo cual puede ser esperable teniendo en cuenta la edad de las participantes pero, a su vez preocupante en tanto a la llegada del recién nacido y su necesidad de tener un hogar asegurado para garantizar su óptimo desarrollo.

En cuanto a los datos obtenidos acerca del parto y del recién nacido, se observó que, felizmente, la totalidad de ellos fueron niños sanos que presentaron medidas de edad gestacional, peso, talla, perímetro cefálico, pulso y Puntaje Apgar esperables.

En relación al grado de estrés que estas mujeres manifestaron de forma retroactiva, experimentar durante su embarazo, se observó que en general los niveles de estrés fueron medios, encontrándose como principal estresor el hecho

de no sentirse bien físicamente durante largos periodos de la gestación. La frecuencia de aparición de eventos estresantes fue de un amplio rango, registrándose casos de hasta 23 eventos estresantes ocurridos durante los 9 meses de embarazo.

A esto debe sumarse, que en su mayoría las participantes manifestaron sentirse poyadas solo “a veces” durante este periodo, por lo que el apoyo social no actuaría como factor protector frente al estrés de forma óptima, sino que incluso, podría funcionar en algunos casos como un factor estresor más. Esta situación podría mejorarse a partir de programas de apoyo que impulsen una mayor implicación de las parejas en el proceso gestacional, promoviendo el pensamiento de que ambos están embarazados. Además de brindar mayor contención desde el sistema de salud y permitir a las madres tener un contacto inmediato “piel a piel” con el niño inmediatamente después del nacimiento.

Finalmente, la ansiedad durante el puerperio inmediato resultó encontrarse en niveles medios, permitiendo a la mayoría de las madres movilizarse frente a las demanda del recién nacido pero a su vez mantener un adecuado control de su conducta. Cabe destacar que gran parte de los casos de niveles altos de ansiedad se observaron en madres atendidas en el Hospital Lagomaggiore, lo cual puede deberse a que estas mujeres ompartían las habitaciones hasta con 7 mujeres más con sus respectivos niños, además de las altas temperaturas vividas a los meses de noviembre y diciembre en Mendoza y la concurrencia diversos estudiantes que utilizan este tipo de hospitales como lugares de prácticas. Probablemente, estos factores influyan en el estado de ansiedad de las madres en este hospital, factores que no son vividos en el Hospital Español.

Por ello, se consideran necesarias futuras investigaciones respecto a las diferencias entre atención en salud en sector público y sector privado en nuestra provincia así como también las diferencias socioculturales de las mujeres embarazadas y como las mismas influyen en el proceso gestacional. También se cree fundamental la indagación a cerca de diferentes formas de disminución de niveles de estrés y ansiedad y la promoción y activación de redes de apoyo social a las madres durante el periodo perinatal. Lo cual permitirá garantizar mejor calidad de vida tanto a la madre como al niño por nacer.

TERCERA

PARTE:

Bibliografía

y anexos

1. Bibliografía

- Abdollahpour, S.; Ramezani, S. y Khosravi, A. (2015). Perceived social support among family in pregnant women. *International Journal of Pediatrics*, 3, (21), 879-888. Recuperado de: <http://ijp.mums.ac.ir>
- Abedian, Z.; Abbaszadeh, N.; Roudsari, R. L. y Shakeri, M.T. (2015). The Effects of Telephone Support on Stress and Perceived Social Support in Primiparous Women Experiencing Nausea and Vomiting in the First Half of Pregnancy. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 3, (2). 328-334. Recuperado de: www.jmrh.mums.ac.ir/pdf_3950_6df1334155fa7334171d5635248ad7cb.html
- Abeysena, C.; Jayawardana, P. & De A Seneviratne, R. (2010). Effect of psychosocial on maternal complications during pregnancy: a cohort study. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health*, 2 (12), 436-448. Recuperado de: <http://www.iomeworld.com/ijerimph/>
- Adrover, E. (2015). *Alteraciones del sistema glutamatérgico en un modelo de estrés prenatal* (Tesis doctoral). Recuperada de: www.digital.bl.fcen.uba.ar
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fifth edition*. [Versión electrónica]. Recuperado de: <https://docs.google.com/file/d/0BwD-YtZFWfxMbWs2UC1WdWJzZTQ/edit?pli=1>
- Amolo, R. (2013). Stress and pregnancy: the mother's perspectives. Mukono district, Uganda (Tesis de maestría). Universidad Linköping, Suecia.

Recuperado de: <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:628339/FULLTEXT01.pdf>

Arce, H. E. (1997). Tendencias, escenarios y fenómenos emergentes en la configuración del sector de la salud en la Argentina. *Reformas Financieras al sector de la salud en América Latina y el Caribe*, 1-61.

Recuperado de:

http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5268/S9700092_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Aron A. y Aron E. (2006). *Estadística para psicología* Buenos Aires: Prentice Hall.

Arriagada, I. (2002). Cambios y desigualdad en las familias latinoamericanas. *Revista de la CEPAL*, 77, 143-161. Recuperado de: <http://repositorio.cepal.org/handle/11362/10829>

Atkins, R. (1986). Introducción. En Gary y S. Null. (2º Ed.), *Embarazos sin problemas* (13). Buenos Aires: Lidium

Barra Almagiá, E. (2004) Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud*, 14, (2), 237-243. Recuperado de: <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/viewFile/848/1562>

Barrios, Y. V.; Sanchez, S. E.; Qiu, C.; Gelaye, B. & Williams, M. A. (2014). Risk of spontaneous preterm birth in relation to maternal experience of serious life events during pregnancy. *International Journal of Women's Health*, 6 (1), 249-257. doi: 10.2147/IJWH.S54269.

Bayón, M. C. (2004). Pobres y empobrecidos: viviendo la inseguridad laboral en Argentina. *Cuestiones de Sociología*, 2, 95-115. Recuperado de: <http://www.cuestionessociologia.fahce.unlp.edu.ar>

Beckmann, M.M. y Stock O. M. (2013) Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma (Review). *The Cochrane Collaboration*. 1-57. Doi: 10.102/14651858.CD005123.pub3

- Beijers, R.; Buitelaar, J. K. & De Weerth, C. (2014). Mechanisms underlying the effects of prenatal psychosocial stress on child outcomes: beyond the HPA axis. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. doi: 10.1007/s00787-014-0566-3
- Belizán, J. M.; Nardín, J. C.; Carroli, G. y Campodónico, L. (1989). Factores de riesgo de bajo peso al nacer en un grujpo de embarazadas de Rosario, Argentina. *Bol of Sanit Panam*, 106, (5), 380-388. Recuperado de: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/17727/v106n5p380.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Bensaja Dei Schiro, E. D.; García Días, A. C.; Neiva-Silva, L.; Nieto, C. J. y Koller, S. H. (2012). Características familiares y apoyo percibido entre adolescentes brasileños con y sin experiencia de embarazo. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 30, (1), 65-80, Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v30n1/v30n1a06.pdf>
- Britton, J. R. (2007). Maternal anxiety: course and antecedents during the early postpartum period. *The official journal o ADAA*, 25 (9), 793-800. doi: 10.1002/da.20325
- Bueno-López, V.; Terré-Rull, C.; Casellas-Caro, M. y Fuentelsaz-Gallego, C. (2015). El impacto y la corrección de posiciones occipitoposteriores en el parto. *Matronas Profesión*, 16, (4), 118-123. Recuperado de: <file:///C:/Users/Hogar/Downloads/revbibl-posiciones-occipitoposteriores-parto.pdf>
- Campos B.; Dunkel Schetter, C.; Abdon, C. M.; Hobel, C. J.; Glynn, L. M. & Sandman, C. A. (2008). Familialism, social support and stress: positive implications for pregnant latinas. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 14 (2), 155-162. doi:10.1037/1099-9809.14.2.155
- Castro Martín, T.; Cortina, C.; Martín García, T. y Pardo, I. (2011). Maternidad sin matrimonio en América Latina: Análisis comparativo a partir de datos censales. *Notas de Población. CEPAL*, 93, 37-76. Recuperado de: <http://repositorio.cepal.org/handle/11362/12888>

- CEPAL (2001). *La vulnerabilidad social y sus desafíos: una mirada desde América Latina* [versión electrónica]. Recuperado de: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/4762/S0102116_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Chávez-Courtois, M.; Hernández-Maldonado, A.; Arce-Zacarías, E.; Bolaños-Delfin, I.; Gonzalez-Pacheco, I. y Lartigue-Becerra, T. (2008). Experiencia grupal de mujeres embarazadas y en etapa posparto, y su relación con la depresión y algunos factores sociales. *Perinatología y Reproducción Humana*, 22, 270-278. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2008/ip084c.pdf>
- Chipkin, J. (2014). La cesárea y el parto natural: las opiniones de profesionales de la salud en la provincia de Buenos Aires. Independent Study Project (ISP) Collection, 1-63. Recuperado de: http://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/1995
- Cía, A. H. (1994). *Trastornos por ansiedad*. Buenos Aires: Estudio Sigma S. R. L.
- Cingolani, H. E.; Houssey, A. B. y colaboradores, (2011). *Fisiología humana de Houssey*. Buenos Aires: El Ateneo.
- Coneo Saavedra, E. (2015). Estrés prenatal: ¿un problema social?. *REVISALUD Unisucre*, 2, (2), 71-74. Recuperado de: <http://revistas.unisucre.edu.co/index.php/revisalud/article/view/169/217>
- Cruz Marín, C. (2014). *Estrés, significado y contexto. Una revisión del concepto de estrés desde una perspectiva epistemológica posmoderna* (Tesis doctoral). Recuperado de: http://www.schilesaludmental.cl/wp/wpcontent/uploads/2015/04/Estres_significado_y_contexto.pdf
- Cubero Morejón, T. G. (2011). La ansiedad materna y sus efectos previa a la labor de parto de madres primigestas del área de ginecología del Hospital IESS de la ciudad de Ambato en el periodo Enero-Junio 2011 (Tesis de grado inédita). Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad técnica de Ambato. Ecuador.

- Curioso Chávez, M. C. (2013). La risa en el puerperio. *Avances en psicología-Unifé*, 21, (1), 57-64. Recuperado de: http://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2013/3_curioso.pdf
- Dano, C.; Fournié, A.; Le Geay, F.; Lefebvre-Lacoeuilleb, C.; Fanello, S. y Descamps, P. (2013). Alcohol y embarazo. *EMC - Ginecología-Obstetricia*, 49, (1), 1-8. doi: 10.1016/S1283-081X(13)64081-3
- Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948). Recuperado de: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
- Departamento de Obras de Referencia de Ediciones Trébol, S. L. (1998). *Marred 3. Diccionario Enciclopédico Color*. España: Libros S. R. L
- De Weerth C, Buitelaar J.K. (2005). Physiological stress reactivity in human pregnancy: a review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 29, 295–312. Recuperado de: www.elsevier.com/locate/neubiorev
- Díaz, A.; Sanhueza, P. y Yasksic, N. (2002). Riesgos obstetricos en el embarazo adolescente: Estudio comparativo de resultados obstetricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 67, (6), 481-487. doi: 10.4067/S0717-75262002000600009
- Diaz, M.; Amato, R.; Chávez, J. G.; Ramirez, M.; Rangel, S.; Rivera, L.; López, J. (2013). Depresión y Ansiedad en Embarazadas. *Salus*, 17, (2), 25-30. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375933973006>
- Fernandez-Abascal, E. G. y Palmero, F. (1999). *Emociones y salud*. Barcelona: Ariel S. A.
- Estrella de Maccari, M. C.; Llanos, A. M. y Caruso, C. (2013). Incidencia de la relajación y de los ejercicios de elongación en los niveles de ansiedad estado-rasgo en mujeres embarazadas. *Boletín Electrónico REDAF*, 43, 1-7. Recuperado de: http://www.redaf.gob.ar/articulos/incidencia-relajacion-ejercicios-elongacion_13da.pdf

- Felipe, L.; González, E.; Álvarez, A. y Hernández, Y. (2010) *Psicología Clínica Trastornos neurológicos, hormonales y psicológicos*. México: Editorial Universidad de Guanajuato.
- Fernández, A. A.; Olórtegui, Y. A. y Correa, D. E. (2010). Estrés de vida y trastornos del ánimo y de ansiedad. *Trastornos del Ánimo*, 6 (1), 15-26. Recuperado de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=594249&indexSearch=ID>
- Fredrickson, B. L. (2003). *Upward spirals and positive change* [version electrónica]. Recuperado de: organisatieontwikkeling.nl
- García-Vazquez, I.; Moncayo Cuagliotti, S. E. y Sánchez Trocino, B. (2012). El parto en México, reflexiones para su atención integral. *Ide@s CONCYTEG*, 7, (84), 811-844. Recuperado de: http://www.concyteg.gob.mx/ideasConcyteg/Archivos/84_4_GARCIA_VAZQUEZ_ET_AL.pdf
- Galviria, S. L. (2006). Estrés prenatal, neurodesarrollo y psicopatología. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35, (2), 210-224. Recuperado de: www.scielo.org.co/pdf/rcp/v35n2/v35n2a06.pdf
- Gavensky, R. V. (1984). *Parto sin temor y parto sin dolor*. Buenos Aires: El Ateneo
- Gómez López, M. E.; Aldana Calva, E.; Carreño Meléndez, J.; Sánchez Bravo, C. (2006). Alteraciones psicológicas en la mujer embarazada. *Psicología Iberoamericana*, 14, (2), 28-35. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133920321004>
- González Ceinos, M. (2007). Reflexión sobre los trastornos de ansiedad en la sociedad occidental. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 23, (1). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086421252007000100013&script=sci_arttext&tlng=en

- González-Merlo, J.; Laila Vicens, J. M.; Fabre González, E. y González Bosquet, E. (2006). *Obstetricia*. Barcelona: El Sevier
- Gorrita Pérez, R. R.; Bárcenas Belló, Y.; Gorrita Pérez, Y. y Brito Herreral, B. (2013). Estrés y ansiedad maternos y su relación con el éxito de la lactancia materna. *Revista Cubana de Pediatría*, 86, (2), 179-188. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu>
- Grandi, C.; González, M. A.; Naddeo, S.; Basualdo, M. N. y Salgado, M. P. (2008) Relación entre estrés psicosocial y parto prematuro. Una investigación interdisciplinaria en el área urbana de Buenos Aires. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sarda*, 27 (2), 51-69. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91227202>
- Grant, K. A.; McMhon, C. y Auistin, M. P. (2008). Maternal anxiety during the transition to parenthood: A prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 108, 101-111. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2007.10.002>
- Grote, N.K.; Bridge, J.A.; Gavin, A.R.; Melville, J. L.; Iyengar, S. & Katon, W. J. (2010). A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. *Arch Gen Psychiatry*, 67 (10),1012-24. Recuperado de: <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=210887&resultclick=1>
- Guarino, L.; Scremín, F. y Borrás, S. (2013). Nivel de información y apoyo social como predictoras de la salud y calidad de vida durante el embarazo. *Psicología. Avances de la disciplina*, 7, (1), 13-21. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297226904007>
- Hernandez Sampieri, R.; Fernandez Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la investigación*. Quinta edición. Perú. Mc Graw Hill.
- Herrero, B. T.; Martínez, M. R.; Plaza, M. L.; Gutiérrez, L.; García, R. P.; Cabrero García, J. y Ferrer, A. R. (2001). Signos y síntomas gastrointestinales durante el embarazo y puerperio en una muestra de mujeres españolas.

Revista Atención Primaria, 28, (1), 53-58. Recuperado de: http://ac.els-cdn.com/S0212656701788968/1-s2.0-S0212656701788968-main.pdf?_tid=b9c466be-655f-11e6-a4a1-00000aacb360&acdnat=1471537429_1981481e553d2f238780b0f0f9d18b61

Hobcraft J. y Kiernan K. (2001) Childhood poverty, early motherhood and adult social exclusion. *The British Journal of Sociology*, 52, (3), 495-517. doi: 10.1080/00071310120071151

Johanson, R.; Newburn, M. y Macfarlane, A. (2002). Has the medicalisation of childbirth gone too far?. *British Medical Journal; International Edition*, 324, 892-895. Recuperado de: <http://search.proquest.com/openview/294f5fc26aa29caaf8b5fadb3c6b85dd/1?pq-origsite=gscholar>

Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: a history of changing outlooks. *Annual Review Psychology*, 44, 1-21

Ley Nacional 25.929 (2004) Recuperado de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/95000-99999/98805/norma.htm>

Ley Nacional 26.529 (2009). Recuperado de: http://www.sssalud.gov.ar/novedades/archivosGSB/documentos/ley_26529_pen.pdf

Leon, O. G. y Montero, I. (2003). *Métodos de investigación en psicología y educación*. España, Mc Graw Hill.

Lobel, M.; Lacey Cannella, D.; DeVincenT, C.; Schnelder, J.; Graham, J. E. & Meyer, B. A. (2008). Pregnancy-Specific Stress, Prenatal Health Behaviors, and Birth Outcomes. *Health Psychology*, 27 (5), 604-615. doi: 10.1037/a0013242

López Verdugo, I.; Menéndez Álvarez-Dardet, S.; Lorence Lara, B.; Jiménez García, L.; Hidalgo García, M. V. y Sánchez Hidalgo, J. (2007). Evaluación del apoyo social mediante la escala ASSIS: descripción y

- resultados en una muestra de madres en situación de riesgo psicosocial. *Intervención Psicosocial*, 16, (3), 323-337. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-05592007000300003&script=sci_arttext
- Macchia, C. L. y Sánchez-Flórez, J. A. (2007). Hipotiroidismo en el embarazo. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 58, (4), 316-321. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v58n4/v58n4a09.pdf>
- Maldonado-Durán, M.; Baucedo-García, J. M. y Lartigue, T. (2008). Cambios fisiológicos y emocionales durante el embarazo normal y la conducta del feto. *Perinatol Reproducción Humana*, 22 (1), 5-14. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2008/ip081c.pdf>
- Mallol, J.; Brandenburg, D.; Madrid, R.; Sempertegui, F.; Ramirez, L. y Jorquera, D. (2007). Prevalencia de tabaquismo durante el embarazo en mujeres chilenas de bajo nivel socioeconómico. *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias*, 23, 17-22. Recuperado de: <http://www.scielo.cl/pdf/rcher/v23n1/art03.pdf>
- Marín Morales, D.; Carmona Monge, F. J.; Toro Mollina, S.; Montejo Rodríguez, R.; Peñacoba Puente, C.; Velazco Furlong, L. y Carretero Abellan, I. (2013). Indicadores de estrés en el postparto y su relación con el estado anímico de la mujer en el puerperio. *Nure Investigación*, 10, (62), 1-10. Recuperado de: Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PROYECTO/NURE62_proyecto_estres.pdf
- Marrero, M. L.; Aguilera, M. A. y Aldrete, M. G. (2008). Estrés psicosocial laboral en embarazadas del sector de la salud de ciudad de La Habana, Cuba 2005-2006. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 25, (2), 200-203. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36311608008>
- Marrero Quevedo, R. J. y Carballeira Abella, M. (2010). El papel del optimismo y del apoyo social en el bienestar subjetivo. *Salud Mental*, 46, 33-39. Recuperado de: <http://www.>

scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252010000100005

- Martel, L. M.; Ovejero, S. C. y Gorosito, I. C. (2012). Preeclampsia y factores de riesgo en embarazadas en el Instituto de Maternidad y Ginecología Nuestra Señora de las Mercedes en Tucumán. *IntraMedJournal*, *IntraMedJournal*, 1, (3), 1-8. Recuperado de: http://journal.intramed.net/index.php/Intramed_Journal/article/view/179/43
- Martínez García, J. S. (2008). Clase social, tipo de familia y logro educativo en Canarias. *Papers Revista de Sociología*, 87, 77-100. Recuperado de: <http://www.raco.cat/index.php/Papers/article/view/90322/115503>
- Mendez Diz, A. M. (2002). El concepto de apoyo social. En J. F. Morales; D. Páez; A. L. Kornblit y D. Asún (Primera edición), *Psicología Social* (413-415). Buenos Aires: Prentice Hall
- Monterrosa-Castro, A. y Arias-Martínez, M. (2007). Partos vaginales y cesáreas en adolescentes: comportamiento entre 1993 y 2005 Hospital de Maternidad "Rafael Calvo", Cartagena (Colombia). *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 58, (2), 108-114. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/1952/195214327003/>
- Montoya Pérez, M. C. E. (2013). Detección de la ansiedad en pacientes primigestas programadas para cesárea en el Hospital Materno Infantil del 01 de Abril al 31 de Mayo de 2013 (Tesis de grado inédita). Facultad de Psicología. Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca, México.
- Morris, C. G. y Maisto, A. A. (2009). Estrés y psicología de la salud. En Morris, C. G. y Maisto, A. A. (PEARSON), *Psicología* (471-505). México: PEARSON
- Nassif, J. C. (2012). *Obstetricia. Fundamentos y enfoque práctico*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Navarrete, L. E.; Lara-Cantú, M. A.; Navarro, C.; Gómez, M. E. y Morales, F. (2012). Factores psicosociales que predicen síntomas de ansiedad posnatal y su relación con los síntomas depresivos en el posparto.

- Revista de Investigación Clínica*, 64, (64), 625-633. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2012/nn126llh.pdf>
- Nobile, C. G.; Raffaele, G.; Altomare, C. y Pavia, M. (2007). Influence of maternal and social factors as predictors of low birth weight in Italy. *BMC Public Health*, 7, 1-9. doi: 10.1186/1471-2458-7-192
- Obstetrix Medical Group, (2012). Alcohol y embarazo. Recuperado de: http://www.phoenixperinatalassociates.com/body_mfm.cfm?id=95&action=detail&AEProductID=Adam2004_102&AEArticleID=007454&AEArticleType=SpecialTopic
- Ontiveros Pérez, M. y López-España, J. T. (2010). Adaptación psicosocial y niveles de ansiedad en embarazadas primigestas de bajo riesgo obstétrico. *Bol Clin Hosp Edo Son*, 27 (2), 92-98. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/bolclinhosinfson/bis-2010/bis102b.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Código Internacional de Enfermedades – Décima edición*. [Versión electrónica]. Recuperado de: https://docs.google.com/file/d/0B09dAja1kRg_b1hEVHMyVGtfMTg/edit
- Pacheco, J. (2006). Preeclampsia/eclampsia: Reto para el ginecoobstetra. *Acta Médica Peruana*, 23, (2), 1-12. Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v23n2/v23n2a10.pdf>
- Palomar Lever, J. y Cienfuegos Martínez, Y. I. (2007). 5. Pobreza y Apoyo Social: Un Estudio Comparativo en Tres Niveles Socioeconómicos. *Revista Interamericana de Psicología*, 41, (2), 177-188. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0034-9690200700020000&script=sci_arttext
- Papalia, D. E.; Olds, S. W. y Feldman, R. D. (2005). *Desarrollo Humano*. México: Mc Grow Hill.
- Petracci, M. (2007). Opinión pública sobre interrupción voluntaria del embarazo y despenalización del aborto en la Argentina y América Latina. *Despenalización.org.ar, por la despenalización del aborto*, 1, 1-4. Recuperado de: file:///C:/Users/Hogar/Downloads/opinion+publica.pdf

- Pinda Villa, J. P. (2013). El puerperio inmediato y las preocupaciones percibidas por las madres en el servicio de ginecología del hospital provincial general docente riobamba, en el periodo de noviembre 2012 a abril del 2013 (Tesis de grado). Universidad Nacional de Chimborazo, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Enfermería, Riobamba, Ecuador. Recuperado de: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/282/1/UNACH-EC-ENFER-2013-0007.pdf>
- Purizaca, M. (2010). Modificaciones fisiológicas en el embarazo. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 56, 57-69. Recuperado de: <file:///C:/Users/Hogar/Downloads/255-851-1-PB.pdf>
- Quiroga de Michelena, M. I.; Díaz, A.; Paredes, D.; Rodríguez, O.; Quispe, E. y Klein de Zighelboim (2007). Estudio cromosómico en el aborto espontáneo y su aplicación clínica. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 53, (2), 124-129. Recuperado de: http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/996/pdf_73
- Real Academia Española. (2014). Diccionario de la lengua española. Edición del Tricentenario. Recuperado de: <http://dle.rae.es/?w=ansiedad&m=form&o=h>
- Ricarddi, M. P. (2009). *Hipotiroidismo en el embarazo: Implicancias materno fetales* (Tesis doctoral). Recuperada de: <http://www.postgradofcm.edu.ar/ProduccionCientifica/TrabajosCientificos/28.pdf>
- Rivara Dávila, G.; Rivara Dávila, P.; Cabrejos, K.; Quiñones Meza, E.; Ruiz Sercovic, K.; Miñano, K.; Rusca Jordan, F.; Valdivia, J.; Samamé Pérez-Vargas, J. C.; Medina Escalante, E.; Mego Bayona, A.; Merino Delgado, G.; Meza Medina, P. y Miró, J. J. (2007). Contacto piel a piel inmediato: efecto sobre el estado de ansiedad y depresión materna posparto y sobre la adaptabilidad neonatal hacia la lactancia materna precoz. *Revista Peruana de Pediatría*, 60 (3), 140-149. Recuperado de:

http://www.pediatriaperu.org/files/Revista/v60_n3_2007/v60_n3_2007.pdf#page=8

- Rocha Navia, I. y Orellana Flores, L. (2014). *Causas de estrés en embarazadas. Mujeres internadas en el Hospital Santojanni* (Tesis de grado). Recuperada de: <http://editorialabiertaia.com/proie/index.php/PROIE/article/viewFile/2/2>
- Rodríguez, A. R.; Pérez-López, J. y Brito de la Nuez A. G. (2004). La vinculación afectiva y la ansiedad durante los últimos tres meses del embarazo en las madres y padres tempranos. Un estudio preliminar. *Anales de Psicología*, 20 (1), 95-102. Recuperado de: www.um.es/analesps
- Rojas, J.; Albano, C. Llanos, M. A.; Decanio, M. y Trías, L. (2009). Inventario de Apoyo Social para Embarazadas. *Acta Científica Estudiantil*, 7, (3), 173-179. Recuperado de: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=30029>
- Ruiz R. J. & Dudley D. J. (2003). The interrelationship of maternal stress, endocrine factors and inflammation on gestational length. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 58 (6), 415-28. Recuperado de: http://journals.lww.com/obgynsurvey/Abstract/2003/06000/The_Interrelationship_of_Maternal_Stress,.25.aspx
- Sánchez Bringas, A.; Espinosa, S.; Espinosa Islas, S.; Ezcurdia, C. y Torres, E. (2004). Nuevas maternidades o la desconstrucción de la maternidad en México. *Debate Feminista*, 30, 55-86. Recuperado de: <http://www.jstor.org/stable/42624831>
- Sarason, I. G.; Levine, H. M.; Basham, R. B. y Sarason, B. R. (1983). Assessing Social Support: The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, (1), 127-139. Recueprado de: <https://scholar.google.com/scholar?hl=es&q=Sarason+1983&btnG=&lr=>
- Sardi, R. (1975). *Psicofisiología de las emociones*. Mendoza: Editorial de la Universidad del Aconcagua.

- Sastre Miras, I. (2015). Aspectos psicológicos y emocionales durante la gestación y el puerperio (Tesis de grado). Universidad de Valladolid, Facultad de Enfermería, España. Recuperado de: <http://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/11938/1/TFG-H292.pdf>
- Szwarcz, R. L.; Duverges, C. A.; Díaz, A. G. y Fescina, R. H. (1997). *Obstetricia*. Buenos Aires: El Ateneo
- Sebastiani, M. (2005). Acerca del estado de embarazo: ¿Dulce espera? *Encrucijadas*, 33. (1-4). Recuperado de: <http://repositorioubasibbi.uba.ar>
- Sender Romeo, R. (2009). El estrés: una situación a punto de estallar. En M^a Farré Martí, J. (OCEANO), *Psicología para todos 3. Guía completa para el crecimiento personal. Relaciones de grupo, estrés y dolor* (577-617). España: OCEANO
- Senturk, V.; Abas, M.; Berksun, O. y Stewart, R. (2011). Social support and antenatal depression in extended and nuclear family environments in Turkey: a cross-sectional survey. *BMC Psychiatry*, 11, 1-10. Recuperado de: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/11/48>
- Shaffer, D. R. (2000). *Psicología del desarrollo. Infancia y adolescencia. 5ta edición*. México: Thomson Editores
- Sierra, J. C.; Ortega, V. y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 3, (1), 10-59. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v3n1/02.pdf>
- Soifer, R. (1973). *Psicología del embarazo, parto y puerperio*. Buenos Aires: Ediciones Kargieman.
- Solé, C. y Parella, S. (2004). «Nuevas» expresiones de la maternidad. Las madres con carreras profesionales «exitosas». *Revista Española de Investigación en Sociología*, 4, 67-92. Recuperado de: <file:///C:/Users/Hogar/Downloads/03.pdf>
- Spielberger C. D. (1966). *Anxiety and behavior*. [versión electrónica] Recuperado de:

https://books.google.com.ar/books?hl=es&lr=&id=45pGBQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA3&dq=spielberger&ots=C23dPPothY&sig=nx2o4Q09c_F0I7b_Y6JvMA374as#v=onepage&q=spielberger&f=false

- Spielberger C. D; Gorsuch, R. L. & Lushene, R. E. (2002). STAI. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. Manual. California, USA: TEA Ediciones.
- Tejada Pérez, P.; Cohen, A.; Font Arreaza, I. J.; Bermúdez, C. y Schuitemaker Requena, J. B. (2007). Modificaciones fisiológicas del embarazo e implicaciones farmacológicas: maternas, fetales y neonatales. *Revista de obstetricia y ginecología de Venezuela*, 67, (4), 246-267. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Juan_Schuitemaker_Requena/publication/266394015_Modificaciones_fisiologicas_del_embarazo_e_implicaciones_farmacologicas_maternas_fetales_y_neonatales/links/543155a10cf29bbc12789721.pdf
- Tonarelli, M. (2009). *Hábitat, ansiedad y afrontamiento* (Tesis de grado). Recuperada de: <http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/fichas.php?idobjeto=83>
- Tranner Stapleton, L. R.; Dunkel Schetter, C; Rini, C.; Hobel, C. J.; Westling, E.; Glynn, L. M. y Sandman, C. A. (2012). Perceived partner support in pregnancy predicts lower maternal and infant distress. *Journal of Family Psychology*, 26 (3), 453-463. doi: 10.1037/a0028332
- Uchino, B., Cacioppo, J. y Kiecolt-Glaser, J. (1996). The relationship between social support and physiological processes: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin*, 19, 488-531. Recuperado de: <http://www-psycnet.apa.org>
- Vidal, G.; Alarcón, R. D.; Lolas Stepke, F. (1995). *Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría. II Macropedia*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Walsh, R. A. (1994). Effects of Maternal Smoking on Adverse Pregnancy Outcomes: Examination of the Criteria of Causation. *Human Biology*, 66, (6), 1059-1092. Recuperado de: <http://www.jstor.org/stable/41465040>

- Weller, S. (2000). Salud Reproductiva de los/las Adolescentes. Argentina 1990-1998. *Cultura Adolescência Saúde: Argentina, Brasil e México*, 1-58. Recuperado de: http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/30886279/SaludreproductivaenadolescentesCEDES.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJ56TQJRTWSMTNPEA&Expires=1470864607&Signature=ISWjbHDabU5el3OtrTmUblA58BY%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DSalud_reproductiva_de_los_as_a_adolescente.pdf
- Whisman, M. A.; Goodman S. H. y Davila J. (2011). Relationship Adjustment, Depression, and Anxiety During Pregnancy and the Postpartum Period. *Journal of Family Psychology*, 25 (3), 375-383. doi:10.1037/a0023790
- Yali, A.M.,& Lobel, M. (2002). Stress Resistance Resources and Coping in Pregnancy. *Anxiety, Stress and Coping*, 15, (3), 289-309. doi: 10.1080/1061580021000020743
- Zamberlin, N. (2007). El aborto en la Argentina. *Despenalización.org.ar*, 3, 1-8. Recuperado de: http://www.despenalizacion.org.ar/pdf/hojas_informativas/03_zamberlin.pdf
- Zembrano García, G. (2006). *Comparación de prevalencia y magnitud de niveles de estrés entre mujeres embarazadas adultas y adolescentes que acuden a la consulta externa prenatal de la maternidad Isidro Ayora de la ciudad de Quito* (Tesis de grado inédita). Universidad San Francisco de Quito. Ecuador.
- Zonana-Nacach, A.; Baldenebro-Preciado, R. y Ruiz-Dorado, M. A. (2010). Efecto de la ganancia de peso gestacional en la madre y el neonato. *Salud Pública de México*, 52, (3), 220-225. Recueprado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v52n3/06.pdf>

ANEXOS

1. Formulario de consentimiento informado

Información oral para el participante

Yo soy X, trabajo para el proyecto de investigación “Estrés en el Embarazo”, que lleva acabo la universidad de Nijmegen (Radboud University Nijmegen) de Holanda junto con la Universidad del Aconcagua, el Hospital Español, y el Hospital Lagomaggiore. Estamos investigando sobre el estrés de las madres durante el embarazo, y los posibles efectos en el bebe. Le voy a dar información e invitarle a participar de esta investigación. Si hay algo que no entiende, por favor páreme para que pueda explicarle. Si tiene preguntas más tarde, puede preguntarme a mí, o a otros miembros del equipo.

Muchas madres tienen estrés durante su embarazo. El estrés puede ser por problemas económicos, por preocupaciones, por inseguridad, y por muchas otras cosas. El estrés puede afectar al bebe y en el futuro querríamos ayudar a las madres para que se sientan lo mejor posible durante su embarazo. Pero para eso tenemos que averiguar cuáles son las cosas que más estresan a las embarazadas. Y también tenemos que ver si esas cosas realmente afectan al bebe. Eso lo podemos hacer mirando las condiciones del bebe al nacer y también juntando un poco de saliva del bebe y mirando la hormona del estrés en la saliva.

Si usted participa, le pediremos que llene formularios con preguntas sobre su situación actual y sobre el estrés que tuvo durante su embarazo. También le pediremos que nos permita usar una esponjita pequeña para juntar un poco de saliva de su bebe antes y después de que la enfermera le saque sangre del talón. Esto lo hace el hospital siempre antes de darle el alta al bebe. Por eso no es necesario darle ningún pinchazo extra al bebe si usted participa en la investigación. Solo le sacamos un poco de saliva a su bebe: esto es rápido y no le duele ni molesta a su bebe.

La invitamos a usted a participar porque estamos invitando a todas las madres con embarazos y partos normales. Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar o no, continuarán todos los servicios que reciba en esta clínica y nada cambiará. Usted puede cambiar de idea más tarde y puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento que quiera, sin necesidad de darnos explicaciones. Si usted participa en esta investigación, no tendrá un beneficio directo, pero nos ayudará a encontrar una respuesta a la pregunta de investigación, y también es probable que esté ayudando a futuras mujeres embarazadas y a sus bebés.

Nosotros no compartiremos la identidad de aquellos que participen en la investigación. La información que recojamos por este proyecto de investigación se mantendrá confidencial. La información acerca de usted que se recogerá durante la investigación será puesta fuera de alcance y nadie sino los investigadores tendrán acceso a verla. Cualquier información acerca de usted tendrá un número en vez de su nombre. Solo los investigadores sabrán cual es su número. Su información no será compartida ni entregada a nadie excepto los investigadores responsables. Los resultados del estudio se publicaran para que otras personas interesadas puedan aprender de nuestra investigación.

Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado el estudio. Si desea hacer preguntas más tarde, puede contactar por teléfono al investigador indicado en el formulario de Consentimiento Informado.

Consentimiento Informado

He sido invitada a participar en una investigación sobre el estrés de la madre durante el embarazo, y los posibles efectos sobre el bebé. Entiendo que durante mi estadía en el hospital llenaré varios formularios, que los datos sobre el parto y mi bebé serán registrados, y que los investigadores juntarán un poco de saliva de mi bebé para analizar la hormona del estrés. Sé que no hay beneficios para mi persona y que no se me recompensará. Se me ha dado el

nombre de un investigador que puede ser fácilmente contactado usando el nombre y el teléfono que se me ha dado de esa persona. He recibido información oral sobre el estudio. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el estudio, y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Nombre del participante _____

Firma del Participante _____

Fecha _____ (día/mes/año)

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del investigador _____

Firma del Investigador _____

Fecha _____ (Día/mes/año)

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de Consentimiento Informado _____ (iniciales del investigador/asistente)

Si desea hacer preguntas más tarde, puede contactar a la siguiente persona:

Nombre:

Número de teléfono:

Consentimiento Informado

(Copia para el participante)

He sido invitada a participar en una investigación sobre el estrés de la madre durante el embarazo, y los posibles efectos sobre el bebé. Entiendo que

durante mi estadía en el hospital llenaré varios formularios, que los datos sobre el parto y mi bebe serán registrados, y que los investigadores juntarán un poco de saliva de mi bebe para analizar la hormona del estrés. Sé que no hay beneficios para mi persona y que no se me recompensará. Se me ha dado el nombre de un investigador que puede ser fácilmente contactado usando el nombre y el teléfono que se me ha dado de esa persona. He recibido información oral sobre el estudio. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el estudio, y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Nombre del participante _____

Firma del Participante _____

Fecha _____ (día/mes/año)

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmo que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del investigador _____

Firma del Investigador _____

Fecha _____ (Día/mes/año)

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de Consentimiento Informado _____ (iniciales del investigador/asistente)

Si desea hacer preguntas más tarde, puede contactar a la siguiente persona:

Nombre:

Número de teléfono:

2. Formulario de datos médicos

Información general	Durante el parto	Después el parto
Apellido madre:	Fecha última menstruación:	Tipo de parto (vaginal, CS planeada, emergencia, etc.):
Nombre madre:	Fecha planeada nacimiento:	Presentación feto:
Fecha nacimiento madre:	Fecha de nacimiento:	Medicación parto:
Apellido bebé:	Embarazo normal? Si/no	Pérdida de sangre parto:
Nombre bebé:	Presión arterial alta? si/no	Corazon feto durante parto: Normal / bradicardia o taquiritmia cortas / sufrimiento fetal (bradicardia o taquiritmia largas)
Sexo:	Hiperemesis? Si/no	Apgar 1 minuto:
Peso (gr):	Anemia? Si/no	Apgar 5 minutos:
Largo (cm):	Pérdida de sangre vaginal? Si/no	Medicamentos dados al bebé:

Circunferencia cabeza (cm):	Amenaza de aborto	Otras cosas importantes del parto y las primeras 36 horas:
Apellido madre:	Medicación embarazo?	Tipo de parto (vaginal, CS planeada, emergencia, etc.):
	Fumar embarazo?	Presentación feto:
	Alcohol embarazo?	Medicación parto:
	Drogas embarazo?	

Número de participante:.....

3. Escala de factores demográficos y socioeconómicos

Instrucciones: Este cuestionario consta de algunas preguntas generales. Por favor llená el cuestionario lo más precisamente posible. Tus datos serán anónimos y confidenciales y serán usados exclusivamente para los fines de este estudio. Si querés explicar algo con más detalle, podés usar el espacio debajo de las respuestas.

1. Número de participante:.....
2. Nombre del bebé:.....
3. ¿Dónde naciste? (marcá el correcto):
 - Argentina

- Otro país, a saber:

4. ¿Cuánto medís y cuánto pesas?

Altura en centímetros: Peso en kilogramos (antes del embarazo):

5. ¿Cuántos hijos tuviste que hayan sobrevivido el parto (uno, dos, tres, cuatro etc.)?

..... (incluyendo el que acaba de nacer)

6. ¿Tenés algún problema de salud? (si es así, qué problema de salud?)

.....
.....

7. ¿Cuál se aplica a vos?

- Casada o conviviendo con pareja
- Con pareja estable pero viviendo en casas separadas
- Soltera
- Separada o divorciada
- Otro, a saber:

8. ¿Fumaste tabaco durante el embarazo?

- No
- Si ¿Cuántos cigarrillos fumaste por día?

.....

9. ¿Tomaste alcohol durante el embarazo?

- No
- Si ¿Cuántas copas/vasos tomaste por semana?

.....

10. ¿Cuál es tu nivel más alto de educación?

- Escuela primaria hasta grado
- Escuela secundaria hasta año

- Nivel terciario incompleto
- Nivel terciario completo
(título:.....)
- Nivel universitario incompleto
- Nivel universitario completo (título:
.....)

11. En éste momento, ¿tenés un trabajo pago?

- No
- Si ¿Podés darnos una breve descripción de tu trabajo?

.....

12. ¿Cuántas horas trabajás por semana?

- 40 horas o más (tiempo completo)
- 30-39 horas
- 20-29 horas
- 10-19 horas
- 1-9 horas
- 0 horas

13. ¿Tenés un marido o pareja estable?

- Si
- No (seguí con la pregunta nº 17)

14. ¿Cuál es el nivel más alto de educación de tu marido o pareja estable?

- Escuela primaria hasta grado
- Escuela secundaria hasta año
- Nivel terciario incompleto
- Nivel terciario completo (título):
.....)
- Nivel universitario incompleto
- Nivel universitario completo (título):
.....)

15. En éste momento, ¿tu marido/pareja tiene un trabajo pago?

- No
- Si ¿Podés darnos una breve descripción de su trabajo?

.....

16. ¿Cuántas horas trabaja tu marido/pareja por semana?

- 40 horas o más (tiempo completo)
- 30-39 horas
- 20-29 horas
- 10-19 horas
- 1-9 horas
- 0 horas

17. ¿Tenés otra entrada de dinero aparte de tu sueldo y el de tu marido/pareja?:

- No
- Si ¿Podés decirnos qué otra entrada tenés (por ej. Plan trabajar)?

.....

18. ¿Dónde vivís?

- En una casa propia
- En una casa alquilada
- En la casa de otra persona (por ej. la casa de tus padres)
- Otra, a saber:

.....

19. ¿Con quién vivís (marcá todas las personas con quien vivís)?

- Mi padre y/o mi madre
- Mis hermano(s) y/o hermana(s)
- Mi abuelo y/o abuela
- Un tío y/o tía
- Otro, a saber:

20. ¿Cuántas personas viven en tu casa (vos incluida)?

.....

21. ¿Cuántos ambientes tiene en total tu casa?

.....

4. Inventario de eventos estresantes

Instrucciones: Ésta es una lista de cosas que pueden haberte pasado durante el embarazo. Como estamos interesados en el estrés de la madre durante el embarazo, la mayoría de las cosas son negativas o desagradables. Lee con atención cada cosa y poné una cruz en “Sí” si a vos te pasó durante tu embarazo o una cruz en “No” si no te pasó.

No.	Item Spanish	Sí	No
1	Se murió tu marido/pareja		
2	Se murió uno de tus hijos		
3	Se murió otro familiar cercano		
4	Fuiste arrestada o detenida por la policía		
5	Alguien de tu familia fue arrestado o detenido por la policía		
6	Tu marido/pareja te dijo que ya no te quiere		
7	Te separaste o divorciaste de tu marido/pareja		
8	Un familiar cercano intentó suicidarse		
9	Te metiste en deudas importantes		
10	Estuviste un tiempo sin casa (en un refugio o durmiendo por ahí)		
11	Un familiar cercano se enfermó gravemente o tuvo un accidente serio		
12	Tu marido/pareja perdió el trabajo		
13	Metieron en la cárcel a un familiar cercano		
14	Se murió un amigo cercano		
15	Tu marido/pareja te fue infiel		
16	Vos le fuiste infiel a tu marido/pareja		
17	Perdiste tu trabajo		
18	Te mudaste		
19	Tuviste grandes problemas de dinero		
20	Te asaltaron sexualmente o te violaron		

21	Entraron a robar a tu casa		
22	Aumentaron las discusiones serias o peleas con tu marido/pareja		
23	Aumentaron las discusiones serias o peleas con tu mamá y/o tu papá		
24	Aumentaron las discusiones serias o peleas con tu familia política		
25	Tu marido/pareja no estaba contento con tu embarazo		
26	Vos no estabas contenta de estar embarazada		
27	Familia cercana te presionó para que te hicieras un aborto		
28	Intentaste hacerte un aborto		
29	Te sacaron a tus chicos		
30	Tuviste un problema de salud serio o una herida que tuvo que ser tratada en el hospital		
31	Tus chicos se metieron en problemas o tuvieron problemas de comportamiento		
32	Un familiar cercano empezó a tomar mucho		
33	Te robaron algo del bolsillo o cartera/bolso		
34	Te robaron a mano armada o con un cuchillo		
35	Vandalizaron/rompieron algo tuyo		
36	No te sentiste físicamente bien durante largos períodos del embarazo		
37	Te salieron hemorroides		
38	Tuviste varias infecciones (por ej. Sinusitis, urinarias, etc.)		
39	Tuviste muchos problemas de constipación		
40	Tuviste vómitos y nauseas muy severos		
41	Vos y tu marido/pareja vivieron separados por cuestiones de dinero o porque la familia se opone		
42	Vos y tu marido/pareja vivieron juntos, pero en la casa de amigos/familia		
43	Vos y tu marido/pareja tuvieron que compartir el cuarto con otros en la casa		
44*	Conseguiste suficiente ropa y cosas para el bebé		
45*	Tuviste chequeos médicos durante el embarazo		
46	Viniste sola a dar a luz al hospital		
47	Te pegaron durante el embarazo		
48	Te enteraste que algo que usaste durante el embarazo (medicinas,		

	alcohol, cigarrillos) puede ser malo para el bebé		
49	Hubo robos en casas vecinas		
50	Cuando estabas en tu casa entró un ladrón a robar, o trató de entrar		
51	Te pasó otra cosa fea (escribir):		

5. Inventario de interacción y apoyo social

Instrucciones: Ésta es una lista de preguntas sobre actividades sociales e interacciones con otras personas. Lee con atención cada pregunta y contestá pensando en lo que pasó durante tu embarazo.

Nº	Durante el embarazo:	Respuesta (marcar)
1	¿Te sentiste muy unida a tus parientes (aparte de tu marido/pareja)?	Muy seguido – Seguido – A veces – Pocas veces – Nunca
2	¿Te sentiste cómoda y bien viviendo en tu barrio?	Muy seguido – Seguido – A veces – Pocas veces – Nunca
3	¿Hiciste cosas con un grupo de amigos (por ej. juntarte a charlar, jugar a las cartas, o a escuchar música)?	Muy seguido – Seguido – A veces – Pocas veces – Nunca
4	¿Saliste (por ej. a bailar, al cine, a tomar algo, a dar una vuelta)?	Muy seguido – Seguido – A veces – Pocas veces – Nunca
5	¿Fuiste a la iglesia?	Muy seguido – Seguido – A veces – Pocas veces – Nunca
6	¿Fuiste a una reunión familiar importante (por ej. un casamiento, una fiesta de 15, un bautismo, etc.)?	Muy seguido – Seguido – A veces – Pocas veces – Nunca
7	¿Fuiste a una fiesta a la casa de alguien?	Muy seguido – Seguido – A veces – Pocas veces – Nunca

8	¿Tuviste a alguien (o a varias personas) que te podía ayudar con tus problemas?	Muy seguido – Seguido – A veces – Pocas veces – Nunca
9	¿Tuviste a alguien que te aceptaba tal como sos, con tus cosas buenas y tus cosas malas?	Muy seguido – Seguido – A veces – Pocas veces – Nunca
10	¿Cuánto te apoyó el padre de tu bebé?	Muy seguido – Seguido – A veces – Pocas veces – Nunca
11	¿Cuánto te apoyó tu mamá?	Muy seguido – Seguido – A veces – Pocas veces – Nunca
12	¿Cuánto te apoyó otra persona (por ej. una tía, tu abuela, una amiga, etc.)	Muy seguido – Seguido – A veces – Pocas veces – Nunca
13	¿Te ayudó la familia o amigos con dinero?	Muy seguido – Seguido – A veces – Pocas veces – Nunca
14	¿Te ayudó la familia o amigos dándote o prestándote cosas (por ej. ropa o algo para la casa)	Muy seguido – Seguido – A veces – Pocas veces – Nunca
15	¿Te ayudó la familia o amigos con otras cosas (por ej. acompañándote a algún lado, con alguna tarea doméstica, haciéndote un mandado, etc.)	Muy seguido – Seguido – A veces – Pocas veces – Nunca

6. STAI (The State Trait-Anxiety Inventory/ Inventario de Ansiedad-Estado Rasgo)

Instrucciones: A continuación vas a encontrar unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí misma. Lee cada frase y elegí un número de 0 a 3 que indique cómo te *sentís ahora misma*, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No te tomes demasiado tiempo en cada frase y contestá eligiendo la respuesta que mejor describa tu situación presente.

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado	0	1	2	3
2. Me siento seguro	0	1	2	3
3. Estoy tenso	0	1	2	3
4. Estoy contrariado	0	1	2	3
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3
6. Me siento alterado	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8. Me siento descansado	0	1	2	3
9. Me siento angustiado	0	1	2	3
10. Me siento confortable	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
12. Me siento nervioso	0	1	2	3
13. Estoy desasosegado	0	1	2	3
14. Me siento muy «atado» (como oprimido)	0	1	2	3
15. Estoy relajado	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho	0	1	2	3
17. Estoy preocupado	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
19. Me siento alegre	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien	0	1	2	3

7. Certificado de participación en el proyecto



Universidad del Aconcagua

Facultad de Psicología

Se certifica que la **Daniela Fernanda González** DNI. **16965388** ha participado, como Tesista y cumpliendo un total de 190hs, en el proyecto colaborativo interuniversidad entre la Radboud University Nijmegen y la Universidad del Aconcagua denominado: *“Estrés en el ambiente infantil temprano”*, bajo la dirección de Dra. Carolina de Weerth y Dra. Mirta Ison.

En la ciudad de Mendoza a los 22 días de julio de 2014,
Instituto de Investigaciones, Facultad de Psicología.



Facultad de Psicología

LIC. CRISTINA MATILDE PEREZ
SECRETARIA

DRA. MIRTA ISON
DIRECTORA
INSTITUTO DE INVESTIGACION

MGTER. HUGO ALBERTO LUPIAÑEZ
DECANO